

---

**BOLETIN**  
DEL  
**INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO**  
DE  
**PROTECCION A LA INFANCIA**

---

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:  
Dr. ROBERTO BERRO  
Domicilio: Yf, 1486  
Jefe:  
Sr. EMILIO FOURNIE

**105**

Dirección y Oficinas del Instituto:  
18 DE JULIO Nº 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)  
Dirección telegráfica: INAMPRIN - MONTEVIDEO

LIBRARY  
ELIZABETH McCORMICK MEMORIAL FUND  
848 North Dearborn Street  
Chicago





---

**BOLETIN**  
**DEL**  
**INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO**  
**DE**  
**PROTECCION A LA INFANCIA**

---

Fundador: Dr. LUIS MORQUIO

Director General:  
Dr. ROBERTO BERRO  
Domicilio: Yí, 1486  
Jefe:  
Sr. EMILIO FOURNIE

**105**

Dirección y Oficinas del Instituto:  
18 DE JULIO Nº 1648 — MONTEVIDEO (URUGUAY)  
Dirección telegráfica: INAMPRIN - MONTEVIDEO





# INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO

DE

## PROTECCION A LA INFANCIA

ORGANISMO ESPECIALIZADO INTERAMERICANO

### Consejo Directivo — Delegados oficiales

Argentina	Dr. Gregorio Aráoz Alfaro
Bolivia	" Gerardo Segura (resid. en Buenos Aires)
	" Cecilio Abela (residente en La Paz)
	(1) (residente en Montevideo)
Brasil	Dr. Joaquim Martagão Gesteira (resid. en Río de Janeiro)
	" Walter Jobim (resid. en Montevideo)
Colombia	" Héctor Pedraza (residente en Bogotá)
	(1) (residente en Montevideo)
Costa Rica	" Carlos Sáenz Herrera (residente en San José)
	Prof. Emilio Verdesio (residente en Montevideo)
Cuba	Dr. Félix Hurtado (residente en Habana)
	Dra. María L. Saldún de Rodríguez (resid. en Montevideo)
Chile	Dr. Guillermo Morales Beltrami (residente en Santiago)
	" Gaspar Mora Sotomayor (residente en Montevideo)
Ecuador	" Carlos Andrade Marín (residente en Quito)
	" Víctor Escardó y Anaya (residente en Montevideo)
El Salvador	" Marco Tulio Magaña (residente en San Salvador)
	" Walter Piaggio Garzón (residente en Montevideo)
Estados Unidos de América	Dra. Martha M. Eliot (residente en Washington)
Guatemala	Dr. Edward G. Trueblood (residente en Montevideo)
	Dr. Ernesto Cofiño (residente en Guatemala)
	(1) (residente en Montevideo)
Haití	Sr. Clément Jumelle (residente en Port-au-Prince)
	(1) (residente en Montevideo)
Honduras	" (residente en Tegucigalpa)
	Sr. Juan H. Doregger (residente en Montevideo)
México	Srta. Francisca Acosta (residente en México)
	Sr. Pedro Cerisola (residente en Montevideo)
Nicaragua	Dr. Emilio Lacayo (residente en Managua)
	" Alfredo Ramón Guerra (residente en Montevideo)
Panamá	Srta. Elsa Griselda Valdés (residente en Panamá)
	Arqtº Luis D. Crespo (residente en Montevideo)
Paraguay	Dr. Ricardo Odriozola (residente en Asunción)
	" Fernando Abente Haedo (residente en Montevideo)
Perú	" Otto Fiek Campodónico (residente en Lima)
	" Manuel Villar (residente en Montevideo)
Rep. Dominicana	" Rafael Santoni Calero (residente en Ciudad Trujillo)
	Sr. Miguel Román Pérez (residente en Montevideo)
Uruguay	Dr. Julio A. Bauzá
Venezuela	" Ernesto Vizcarrondo (residente en Caracas)
	Sr. Melquíades Parra Márquez (residente en Montevideo)

Presidente: Dr. Gregorio Aráoz Alfaro

Vicepresidente: Dr. Joaquim Martagão Gesteira.

Secretario: Dr. Víctor Escardó y Anaya.

Director General: Dr. Roberto Berro

(1) Vacante.





# BOLETIN

DEL  
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO  
DE  
PROTECCION A LA INFANCIA

---

## Sumario — Sommaire — Contents

	Pág.
Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos en la Ciudad de México.	
Situación de la infancia en México. Por Francisca Acosta (México) .....	115
Aspectos estadísticos prácticos de los trastornos nutrodigestivos agudos del niño. Por Francisco J. Menchaca. (Santa Fe, República Argentina) .....	149
Escuelas al aire libre. Condiciones actuales. Selección, ingreso y egreso de alumnos. Por Héctor Mourigán. (Montevideo, Uruguay) .....	161
Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia. Reunión del Consejo Directivo .....	179
El Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. Segundo Curso. - Año 1953 ..	181
 Retratos:	
Frente a pág. 194	
El Monumento al Dr. Morquio, con las flores que ofrendaron los becarios del Seminario	
El Dr. Roberto Berro, Director General del Seminario, se dirige a los becarios	
Frente a pág. 195	
En la localidad de San Ramón, conjunción de dos proyectos de Asistencia Técnica de la O.E.A. El Ing. Elgueta, con el Ing. Santiago Acuña, del Proyecto N° 39 y el Dr. Víctor Escardó y Anaya, Director Ejecutivo del Proyecto N° 32, profesores y becarios	
Visita a la División Primera Infancia del Consejo del Niño. El Dr. Rito Etchelar explicando a los becarios la organización de la Crèche. Un grupo de niños almorzando	

Frente a pág. 202

En el Jardín de Infantes Nº 4 del Consejo del Niño, después de la clase de la Prof. Aurelia Amaral de Fernández, un grupo de preescolares con becarios y maestras

En la Escuela de Sordomudos una maestra enseña a hablar por el método oral, efectuando la lectura labial

Frente a pág. 203

En la Escuela Normal Rural de Estación González, la Directora Claudia Tapia de Arboleya muestra un telar, mientras la alumna prepara un tejido

El profesor ingeniero Yhan describe las instalaciones de la Escuela de Lechería de la Universidad del Trabajo en Nueva Helvecia. Acompaña a los becarios el Dr. Miguel Alborno, de las Naciones Unidas

Conferencias y Congresos: XIV Congreso de los Pediatras de Lengua Francesa. Bruselas, Bélgica. — VIII Congreso Internacional de Hospitales. Londres, Gran Bretaña. — I Congreso Internacional de Bibliotecarios Médicos. Londres, Gran Bretaña. — II Congreso de la Sección Brasileña y I Panamericano del Colegio Internacional de Cirujanos. Curitiba-Paraná, Brasil. — I Congreso de Psicología. Tucumán, Rep. Argentina. — VII Congreso Internacional de Pediatría. Habana, Cuba ..... 211

Libros y Revistas: Salud y Libertad. Por Carlos Enrique Paz Soldán. — El seguro social español. Publicación del Ministerio de Trabajo. — Estudios en el extranjero. UNESCO. — Abismos humanos. Por Agustín Cueva Tamariz ..... 217

Informaciones: Dr. Romualdo B. Zepeda. Su fallecimiento. Honduras. — Fundación Interamericana para Estudios Médicos de Postgraduados. Chicago, Illinois. Estados Unidos de América. Seminario Internacional contra el Alcoholismo. Buenos Aires. Rep. Argentina. — El Dr. Víctor Escardó y Anaya recibe una condecoración de Ecuador. Montevideo. — Becas para trabajo de grupo para latinoamericanos. Estados Unidos de América ..... 222



**BOLETIN**  
DEL  
INSTITUTO INTERNACIONAL AMERICANO  
DE  
PROTECCION A LA INFANCIA

---

**Tercera Reunión Regional de Delegados Técnicos  
en la Ciudad de México**

**SITUACION DE LA INFANCIA EN MEXICO (1)**

Por la señorita Francisca Acosta

(México)

**Datos geográficos.**

La República Mexicana está situada geográficamente en la parte meridional de América del Norte y tiene una extensión de 1.963.890 kilómetros cuadrados.

Está poblada, de acuerdo con los datos del año de 1950, por 25.759,184 de los cuales 16.174.401 forman la población rural y 9.584.783 forman la población urbana. En el Distrito Federal, es donde se encuentra el centro gubernamental del país, existe una población de 3.015.829 habitantes, de los cuales 186.077 corresponden a la población rural y 2.829.752 a la población urbana o sea lo correspondiente a la ciudad de México; en los estados y territorios existe una población de 22.743.355 habitantes, que comprenden a 15.988.324 habitantes de población rural y 6.755.031 de población urbana.

La mayor parte de extensión del Territorio está ocupada por cadenas de montañas que se levantan sobre la plataforma continental en la forma de una V, partiendo del Istmo de Tehuantepec y que continúan en territorio de los Estados Unidos con el nombre de Montañas Rocallosas y de Sierra Nevada. En medio de ambas cordilleras se encuentra la altiplanicie que ocupa aproximadamente la tercera parte del área total del país, con una altura media de 1.700 metros sobre el nivel del mar, alcanzando en poco más de 2.600 metros de altura en el Istmo Meridional.

---

(1) Según lo expresado en el BOLETIN N° 104, pág. 19, publicamos en este número el Informe presentado por la señorita Francisca Acosta, Delegada Técnica de México.

Este sistema orográfico, con altas cordilleras y mesetas, así como con fuertes declives, deja poco lugar al desarrollo de grandes ríos y profundos cauces. La mayoría de las corrientes son torrenciales por lo que tienen una escasa importancia en la navegación. Todo lo cual ha sido un poderoso valladar para el desarrollo económico-social del país encareciendo las comunicaciones, mermando las tierras laborables, dificultando la irrigación, obstaculizando la explotación de los recursos materiales, impidiendo la difusión educativa y encareciendo los servicios sanitarios.

Consecuente con la tradición mexicana, el actual gobierno ha dado, en sus programas de acción, especial énfasis al capítulo del bienestar familiar aspirando a la máxima protección del niño y de la madre.

Las Secretarías de Estado, encargadas de realizar esta obra son principalmente:

- I. — La Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- II. — La Secretaría de Educación Pública.
- III. — La Secretaría de Trabajo y Previsión Social.
- IV. — La Secretaría de Gobernación.
- V. — La Dirección General de Pensiones.
- VI. — El Instituto Mexicano del Seguro Social.
- VII. — La Secretaría de Recursos Hidráulicos.

Para enjuiciar el programa asistencial que México ha desplegado, para valorar las inquietudes que padece ante el propio reproche por los renglones insatisfechos en la protección de su infancia, es indispensable enterarse, siquiera sumariamente, de los principios generales de la doctrina asistencial que sustenta.

El bienestar social es el capítulo fundamental de un programa de Gobierno, y la Asistencia no es sino un inciso de este programa.

La debilidad social, antítesis del bienestar, es resultante de un complejo etiológico con un fondo substancial, casi invariable, de déficit económico-cultural, por esto, la debilidad social es, en último análisis, problema de educación y finanzas.

Como determinantes de la deficiencia económica intervienen, aislada o conjuntamente, la baja potencialidad o la modalidad impropia de la explotación de los recursos naturales, la magnitud de la renta nacional, la magnitud y la política de las inversiones extranjeras, la distribución desproporcionada de las riquezas, las escasas oportunidades de trabajo, la incorrecta relación entre precios y salarios, etc. De aquí que la más efectiva campaña contra la miseria sea la capacitación del hombre para su eficiencia en el trabajo, la promoción de fuentes de producción y el establecimiento de salarios justos que permitan un nivel de vida decoroso.

Pero la educación, la movilización de las fuentes de producción y la legislación sobre trabajo deben estar garantizadas, ple-



namente, por los sistemas de Salubridad y Seguridad Social.

Todos estos objetivos constituyen la suprema aspiración, la meta que, indefectiblemente, habrá de reducir el problema de la debilidad social a su mínima expresión, tocando entonces a la asistencia desempeñar un programa complementario en los recursos del fomento de bienestar social.

Así lo estima México, y por esto se justifica plenamente su afán vehemente por llevar adelante su política al obrero consagrada por la Constitución en los artículos 3º y 123, artículos que son bandera y garantía social del mexicano.

Pero en tanto que esta política fructifica el Estado reconoce de hecho, la obligación que tiene de impartir o ver que se impartan asistencia al débil social, y sin pretender resolver el problema en toda su amplitud, por circunstancias puramente económicas se ha visto en la necesidad de elaborar programas selectivos, dando preferencia, claro está, a la atención de la infancia. Aun trabajando con programas selectivos, se reconoce la imposibilidad de resolver mediante procedimientos asistenciales, siquiera los problemas fundamentales de la alimentación y de la habitación.

En algunos países, bien pocos por cierto, y Cuba es uno de estos pocos, el derecho de asistencia tiene carácter constitucional, no así en México, que en general, carece de legislación en esta materia, muy a pesar de haber sido el primer país del mundo que, violando el marco de las antiguas constituciones puramente políticas, adoptara preceptos sociales como los artículos 3º y 123 a que ya hemos aludido.

Algunas Entidades Federativas, Veracruz y Nuevo León, tomando posiciones de vanguardia, han establecido ya en sus ordenamientos principios legales de asistencia y es de esperar que, en un futuro próximo, este ejemplo cunda en todo el solar patrio.

## SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

La Secretaría de Salubridad y Asistencia tiene acción legal basada en la Constitución Política del país y en el Reglamento de la Ley de Secretarías de Estado; Art. 11, capítulo del I al XIV, principalmente por lo que se refiere a la protección infantil.

Sus organismos ejecutivos para esta función son principalmente:

- I. — La Dirección General de Asistencia Social.
- II. — La Dirección General de Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia de los Estados y Territorios.
- III. — La Dirección de Salubridad en el D. F.
- IV. — La Dirección de Servicios Rurales Cooperativos.
- V. — La Asociación Nacional Pro-Nutrición Infantil.

VI. — El Instituto de Nutriología.

VII. — La Junta de Beneficencia Privada.

I. — Dirección General de Asistencia Social.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, por conducto de su Dirección General de Asistencia Social, es la dependencia oficial que tiene encomendada la impartición de Protección a la Infancia, en el aspecto económico-social, en la ciudad de México, y cuyo radio de acción empieza a extenderse a todo el país. Actualmente tiene bajo su cuidado una cadena de establecimientos social-asistenciales que abarcan casi toda la gama de atención asistencial a los menores, desde el menor con asistencia integral, hasta el problema de la mujer y la ancianidad. Así la encontramos en 1952 con:

Un Internado Nacional.

Cuatro Casas Amigas de la Obrera.

Una Escuela Primaria para hijos de empleados del Hospital Juárez.

Cuarenta y una Guarderías Infantiles.

Trescientos diez Hogares Substitutos.

Un Centro de Observación para Niños.

Un Centro de Observación para Niñas.

Dos comedores familiares.

Un Comedor Universitario.

Un Comedor y Dormitorio Público.

Seis Centros de Servicio Social.

Una Escuela para Débiles Mentales.

Una Escuela para Sordomudos.

Un Instituto Nacional de Rehabilitación Auditivo Oral.

Una Casa de Cuna.

Un Servicio de Farmacia.

Un Servicio de Adopciones.

Un Servicio de Asistencia Jurídica.

Un Servicio de Subsidios Familiares.

Un Servicio de Becas.

Clubes Infantiles.

Una Clínica de conducta.

Un Albergue para niños tuberculosos.

Dos Albergues Temporales para Niños Lisiados por la poliomielitis.

Un Albergue Temporal para niños hijos de Tuberculosos.

Tres Casas para Ancianos.

Una Casa de la Madre y

Ciento nueve Clubes de Madres.

Como podrá comprenderse, en las Instituciones citadas, la Pro-



tección a la Infancia es motivo central de atención, pues su trabajo técnico y administrativo está orientado a ese fin.

La Dirección General de Asistencia Social, que en los últimos años ha tenido que dirigir la que esto informa, cuenta con un personal capacitado para las múltiples actividades que hay que realizar y nuestro esfuerzo, puesto absolutamente al servicio de la nobilísima causa de la Protección a la Mujer y a la Infancia, es secundado por un cuerpo de Técnicos en las ramas de Asistencia, Psiquiatría, Medicina, Educación, Trabajo Social, etc., que hace posible la realización de un trabajo tan complejo como extenso.

## II.— Dirección General de Servicios Coordinados en los Estados y Territorios.

Los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia durante el año 1951 impartieron servicios sanitarios asistenciales en la República por medio de cooperación económica tanto de parte del Gobierno Federal como de los Estados de la Federación. En esa forma la Federación contribuyó con la cantidad de \$ 34.996.565.75 y los Gobiernos locales con la cantidad de \$ 9.079.053.30 haciendo un total de \$ 44.075.623.05, correspondiendo 1.98 por habitante de la República, sobresaliendo los Territorios de Baja California Norte y Quintana Roo con 16.93 y 15.11, respectivamente, por habitante y el Estado de Colima con 11.05 por habitante y siendo de los últimos los Estados de Durango, Oaxaca, México y Zacatecas con 0.90, 0.88, 0.85 y 0.72 de peso por habitante.

Esta Dirección en lo que se refiere a la protección a la Maternidad y a la Infancia, ha desarrollado actividades encaminadas a mantener y preservar la salud de los grupos materno-infantiles de los Estados y Territorios de la República, así como la corrección de los diversos estados anormales que demandan tratamiento médico y una vez lograda la recuperación, ejercer la vigilancia médica indispensable para evitar nuevas enfermedades.

Los diversos establecimientos de que dispone para el cuidado materno infantil que se encuentran distribuidos estratégicamente en todo el país son:

90 Centros Materno-Infantiles específicos.

111 Maternidades, de las cuales 23 son exclusivas.

123 Unidades de Salubridad y Asistencia y

265 Centros Sanitario-Asistenciales.

La mayor parte de estos establecimientos tienen la obligación de organizar Clubes de Madres y Comités Voluntarios de Asistencia.

## III. — Dirección de Salubridad en el D. F.

La Dirección de Salubridad en el D. F. ha hecho evolucionar

favorablemente y en forma notoria el desarrollo del niño de la ciudad de México y ha servido de inspiración y modelo para unidades de su tipo en la República Mexicana.

En noviembre de 1922 se creó en México el primer Centro de Higiene Infantil en la República con el nombre de otro eminente médico mexicano "Manuel Domínguez". Ambos Centros continúan trabajando en la actualidad.

En 1947, como Sub-Dirección de Salubridad en coordinación con la entonces Sub-Dirección de Asistencia y bajo la Dirección General del Sr. Dr. Saturnino Guzmán y del Sr. Ministro Dr. Rafael P. Gamboa, crea los Distritos Sanitarios Asistenciales, que cuentan con un Centro Piloto, que es de protección integral para la familia a los que llamamos Centros de Salud, estos cubren un sector de la ciudad que se les encomienda con el nombre Distrito Sanitario Asistencial y que tienen una población promedio de 250.000 habitantes cada uno; la ciudad de México tiene a la fecha XII Distritos Sanitarios Asistenciales.

En esa forma la protección infantil evolucionó del Centro Médico-Asistencial con médicos generales a las unidades de protección integral con especialistas.

Para su función cada uno de los Centros cuenta con los Servicios siguientes:

a) De trabajo social:

Encargado de conocer el ambiente socio-económico de la población encomendada al Distrito y en especial a los asistentes del mismo. Es a la vez la recepción para la asistencia social.

b) De prevención de enfermedades transmisibles:

Cuenta con médicos y enfermeras sanitarias que se encargan de recorrer la zona bajo su protección y que efectúan inmunizaciones:

Antivariolosa

Pertusis-Diftérica y

Antitífoidica.

en forma rutinaria y hacen el control de las enfermedades transmisibles, cuando éstas se presentan en su área.

c) Pre-natal:

Imparte atención médico-higiénica a las madres embarazadas desde los primeros meses hasta el octavo, en que es enviada a una maternidad central, para ser atendida en su parto.

d) De Pediatría:

En él se imparten servicios médicos higiénicos a los niños desde que nacen hasta los 6 años, proporcionándoles:

1.—Educación higiénica.



- 2.—Técnicas dietéticas correctas, principalmente materna y mixta o artificial cuando es necesario.
  - 3.—Inmunizaciones.
  - 4.—Leches cuando es necesario y de 2 variedades principalmente: en polvo: semidescremada y especiales. De la provisión, que es una leche de vaca homogenizada y preparada para durar hasta 8 días sin refrigeración.
- e) De educación higiénica.
- En donde por procedimientos objetivos o audio-visuales se educa a la madre. En algunos de ellos se cuenta con una cocina dietética en donde se enseña a preparar los alimentos para los niños.
- f) Departamento para pruebas de laboratorio y gabinete.
- De este Departamento debo hacer resaltar la labor del catastro torácico que se hace sistemáticamente a los asistentes así como sus pruebas de Mantoux y la aplicación de B.C.G. cuando está indicado.
- Además cuenta con servicios de Bio-estadística y los administrativos necesarios.

Estos Distritos están encargados también de coordinar las actividades de Centros de Higiene Materno-Infantiles que funcionan en la ciudad con parecidas actividades a los narrados con anterioridad aunque en menor escala. Actualmente funcionan en el Distrito Federal 21 Centros de este tipo.

En coordinación con los Centros, existe en el Distrito Federal una Maternidad en las Lomas de Chapultepec, a ella van las madres gestantes que han sido vigiladas en los Centros de Higiene.

El coeficiente de mortalidad materna que se registra en el Distrito Federal es de 45.7 por cada 10.000 partos. Considerando el grupo de mujeres asistidas en el servicio prenatal de los Centros de Higiene en el D.F. el coeficiente que alcanzó en 1942 la Maternidad de las Lomas da la cifra de: 20 por cada 10.000 que en 1947 bajó hasta 4.7. La mortalidad del recién nacido en la Maternidad de las Lomas ha bajado de 19.4 por 1.000 en 1942 hasta 7.7 en 1947 lo que nos indica la gran ventaja que reporta para la vida humana la labor de los Centros de Higiene en donde se vigila a la madre.

La creación de los Centros de Higiene Materno-Infantiles en la República Mexicana, hizo sentir sus efectos: los datos demográficos muestran un franco descenso de la mortalidad originada por diarreas, neumonías y bronconeumonías que hace tres o cuatro años no había demostrado tendencia a descender.

Se observó también una clara disminución de la mortalidad por Tifoideas, Paratifoideas, Disenterías y Viruela, Paludismo e infecciones puerperales y se percibe por la estadística, que la mor-

talidad infantil se ha reducido a cifras que no se habían logrado con anterioridad.

La Maternidad de las Lomas de Chapultepec de la que ya se ha hablado, tiene como requisito indispensable la vigilancia previa del embarazo en los Centros de Higiene Materno-Infantiles, dá 8.6 de prematuros que contrasta con las de los Hospitales en las que no hay dicha exigencia que son de: 11.98 %, 14.47 %, 16.11 %. De estos datos se desprende que la vigilancia higiénica del embarazo influye sensiblemente en la prevención de la prematuridad.

#### IV. — Dirección de Servicios Rurales Cooperativos.

HISTORIA. — En la breve historia de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, se destacan dos importantes factores que explican no sólo la génesis de estas Unidades Sanitario-Asistenciales, sino también sus bases doctrinarias y la progresiva influencia que están ejerciendo sobre la Salubridad Pública del Medio Rural Mexicano. Haremos de ellos un somero análisis:

A. — Como es sabido, México es un País en donde el 65 % de sus habitantes están distribuidos en el medio rural. En la amplitud física del mismo; en sus determinantes geológicas y climáticas; en sus problemas demográficos, económicos y sociales; y en la filosofía que han sustentado los Regímenes Gubernamentales de los últimos decenios, se originó como norma política preponderante, el encauzamiento de una gran parte de los presupuestos económicos de la Nación hacia el progreso de este medio, naturalmente con la selectividad que impone el polimorfismo que lo caracteriza.

Los frutos de esta política gubernamental han sido de gran trascendencia para la Nación, pues aparte del lógico acrecentamiento de su capacidad productora, ha venido incorporando, con ritmo cada vez más acelerado, y dentro de una economía de tipo activo, a importantes núcleos de población rural en los que sus integrantes están dando la respuesta esperada.

La anterior aseveración es fácilmente comprobable si se examina el número y magnitud de los Sistemas de Riego ya construidos; su capacidad de producción; los Centros de colonización que han originado; la modernización de las técnicas agrícolas; el volumen de los créditos refaccionarios de las vías de comunicación; las Escuelas, etc., todo ello significando una conjunción armónica de impulsos, en donde tan meritoria ha sido la actuación de cada Dependencia Gubernamental como el esfuerzo del campesino para asimilarse a una etapa de progreso.

B. — El segundo factor se refiere a la "Expectación armada"



patrimonio del sanitario moderno, fundada en su íntima convicción de que si los problemas de Salubridad Pública siempre descansan sobre bases económicas y culturales, cuando éstas se modifican favorablemente, surgen situaciones óptimas para la acción sanitaria.

El extinto Departamento de Salubridad Pública, ahora Secretaría de Salubridad y Asistencia, encontró en la progresiva transformación económica y social del medio rural una triple oportunidad.

1º — Extender sus actividades hacia sectores demográficos desprotegidos.

2º — Establecer nuevos sistemas de trabajo, armónicos con los de las demás Dependencias Gubernamentales, y

3º — Encauzar y capacitar a la población rural para su intervención directa en la realización de aquellos programas cuyo desideratum es la conservación y recuperación de la salud, como piedra angular del mejoramiento de las comunidades sociales.

En la vida de esta Dependencia fundada bajo el rubro de "Servicios Médicos Sanitarios Ejidales Cooperativos" claramente se definen dos etapas: la primera que conceptuamos experimental y una segunda la actual, considerada como de consolidación técnica y administrativa.

Etapla experimental. — Data del año de 1934 y se inicia con los experimentos realizados en las zonas agrícolas de Ciudad Anáhuac, N.L. y Zacapu, Mich. En cuyo financiamiento intervinieron los Gobiernos Estatales, el Federal y el Sector más importante, los campesinos beneficiados. Resultados positivos pues el interés y la preocupación mostrada por los campesinos con los dos servicios para consolidar su supervivencia y ampliación adecuada descubrieron una insospechada potencialidad educativa, no sólo para sistemas cooperativos de financiamiento sino también para una efectiva educación integral.

En este lapso que consideramos terminado en 1938, se fundaron 104 servicios establecidos casi todos ellos en la región de la Laguna.

Etapla de consolidación técnica y administrativa.

Data del año de 1939 y se caracteriza por la implantación de toda una serie de medidas que han asegurado:

a) El continuo incremento numérico de Servicios Médicos Rurales Cooperativos. b) El aumento progresivo de sus presupuestos de sostenimiento. c) La aportación campesina para obras de saneamiento rural y de locales destinados a los Servicios. d) El afinamiento de los programas de trabajo. e) La incorporación de técnicos altamente especializados en diversas ramas médicas y sanitarias. f) La cooperación económica y técnica de Organismos afines dentro de la Secretaría. g) La implantación de programas que

denominamos de saneamiento integral y h) Un mejor conocimiento de los problemas epidemiológicos del medio rural.

En lo relativo al Segundo orden de acontecimientos están dados con la política seguida por el Régimen Gubernamental responsable del período 1934-1940, cabe consignar los siguientes puntos sobresalientes.

Se trató de una administración que inició la canalización de un gran porcentaje de los recursos económicos nacionales hacia la transformación del medio rural Mexicano con miras a su progreso integral, conforme se deduce del dato de que los \$ 2,742,645.870.70 que importó la suma total de los presupuestos Federales ejercidos durante el Sexenio, alrededor de \$ 1.100.000.000.00 que significan casi el 50 % de las erogaciones totales, estuvieron dedicados a obras que reportaron beneficiados directos al medio rural.

En el aspecto social, este mismo Régimen, con la aplicación intensiva que dió a los diversos preceptos que encierra el Artículo 27 de la Constitución, y primordialmente los referentes a la restitución y dotación de tierras ejidales, colocó a una elevada proporción de campesinos en situación potencialmente favorable, para alejarlos de la categoría de débiles económico-sociales. La magnitud de la obra se aquilata si examinamos que en el Sexenio se otorgaron 10651 Ejidos, con una superficie total de 18,352,275 hectáreas que beneficiaron a 1,020,594 campesinos, Jefes de familia. A estas cifras hay que agregar que a la pequeña propiedad agrícola existente, se sumó la colonización de 1.712.793 hectáreas de terrenos nacionales.

Debe añadirse que los programas dirigidos a impulsar la agricultura, sobre todo en las nuevas zonas ejidales y de colonización, tuvieron como base, aparte de una eficiente proyección técnica, que conservó siempre unidad de acción, el aprovechamiento de los siguientes recursos económicos: En materia de Créditos Ejidal y Agrícola, \$ 207,867.011.94; para obras de pequeña y grande irrigación, \$ 160,319.281.25; en enseñanza primaria, normal y agrícola rural \$ 163,029,797.91; amén de los recursos de otros renglones presupuestales de la Administración (Caminos, Agricultura, Asuntos Indígenas, Forestal, Salubridad, Asistencia, etc.) y que de conformidad con las normas generales de aplicación que se trazaron, vinieron también a formar parte de una política congruente para el progreso del multicitado medio rural.

Conjuntamente con las premisas de programación técnica, también tocó al sanitario seleccionar las características de administración y financiamiento, observando estos cuatro conceptos primordiales:

19 La economía del Gobierno de la Nación, no puede afrontar



por sí sola, la instalación y el sostenimiento de cuantos servicios requieran para la Salubridad Pública del País.

2º La Canalización de la Cooperación Privada hacia el Ramo de la Salubridad, debe considerarse no sólo como un deber de los Sectores económicamente capacitados, sino aun un factor de conveniencia para sus propios intereses, dadas las relaciones que existen entre la salud pública, incremento de la producción e integración de la riqueza.

3º La acción de los regímenes Gubernamentales emanados de la Revolución, y muy en particular los de los tres últimos decenios, se ha encaminado a transformar al campesino mexicano en elementos activos de producción debiendo, por lo tanto, actuarse para individuos y familias que en ninguna forma son indigentes asalarados o sujetos a la protección asistencial única del Estado.

4º Los Servicios de Salubridad Pública son Instituciones que deben laborar en íntima relación con la vida diaria de una comunidad; su éxito inmediato y su progreso futuro, estarán siempre subordinados a las interrelaciones que puedan establecerse con el grupo de población bajo su cuidado. Esas interrelaciones nunca serán completas, ni llenarán los fines trazados, si sólo se refieren a buscar la comprensión del individuo y de la familia para los programas técnicos que se ejecutan, y no consiguen despertar su interés por los problemas económicos que confronta la Institución tanto para su subsistencia y progreso, como para el fiel cumplimiento de aquellos objetivos que persiguen la transformación del medio.

La tarea de plasmar servicios cuya constitución Organo-funcional respondiera a los conceptos técnicos, administrativos, económicos y sociales antes enunciados, no fué fácil y ameritó un cúmulo de esfuerzos y una lucha pródiga en enseñanzas, que resumimos a continuación.

A. Tratándose de Instituciones por organizarse dentro de un Departamento de Salubridad Pública, el primer esquema de programa aplicativo, se trazó en relación a tres factores:

1º Capacitación técnica y material para impartir asistencia médica y actividades médico-preventivas. 2º La proporción entre las labores de medicina curativa y preventiva se subordinó a los coeficientes de mortalidad general media anual observados en lapsos anteriores de 5 años. 3º Se constituyeron celdillas de personal integrados por médicos, parteras, enfermeras, visitadoras, trabajadoras sociales, farmacéuticos, oficiales sanitarios, administrativos, y servidumbre, en las cuales al médico, a la partera, a la enfermera y a la trabajadora social, se les asignaron funciones polivalentes, es decir, labores tanto asistenciales como sanitarias. Todo el personal laboraría a tiempo exclusivo.

B. En el aspecto de organización económica los servicios en

su primer año de actividades, estuvieron totalmente financiados por el Gobierno Federal, pero los médicos y todos sus integrantes llevaron la consigna de notificar y convencer al Ejidatario y a todos los responsables de las actividades Gubernamentales, que la perduración de estas Dependencias estaría en relación directa con la integración de sistemas cooperativos de financiamiento.

C. Con miras a que los Médicos Jefes tuvieran puntos concretos para la labor tendiente a la Selección y adopción del sistema cooperativo de financiamiento, fueron orientados hacia los siguientes objetivos:

1º Implantación de las modalidades cooperativas, de éxito ya probado en Ciudad Anáhuac, N. L. y en donde la aportación de los Campesinos se subordinó a la cantidad y calidad de la tierra que poseían. 2º Constitución de organismos abiertos para todos los campesinos ya dotados o no de tierras, ejidatarios activos o asalariados del campo, que bajo el rubro de Cooperativas Médico-Sociales, buscarían la cooperación económica para los Servicios. 3º Creación en cada servicio de una Sección de Financiamiento, a cargo de uno o más campesinos de arraigo en la Región, que tuviera bajo su cuidado buscar la cooperación económica. 4º Con base en la educación y convencimiento del campesino, el médico debería buscar, conjuntamente con los campesinos, el apoyo para la idea cooperativista de las Instituciones Oficiales y Particulares de Crédito Refaccionario.

D. La colectividad de las zonas de radicación de los Servicios siempre se efectuó con apego a tres circunstancias: 1º Proyección económica y social del Gobierno para el mejoramiento integral de comunidades rurales. 2º Problemas de orden Médico-Sanitario y 3º Carencia de Servicios de Salubridad Pública.

### Estado Actual de los Servicios

La evolución órgano-funcional, económica y social resumida, ha dado origen al siguiente estado actual de los Servicios:

Número de sistemas establecidos: 78 y que comprenden 223 oficinas.

Jefes de familia, campesinos aportantes: .....	61,390
Beneficiarios con atención integral: .....	347,523
Número de habitantes rurales sujetos a vigilancia sanitaria: .....	813,409

Cuota familiar de cooperación anual: oscila entre \$ 100.00 y \$ 350.00.

Total de la aportación federal: .....	\$ 6,270.697.11
Aportación campesina: .....	" 7,354.321.06

Principales Instituciones de Crédito que refaccionan a los campesinos:

Bancos Nacionales de Crédito Ejidal y Agrícola.

Comisión Nacional de los Serv. Médicos para cañeros.

Compañía Industrial Azucarera del Ingenio de Guatetolapan.  
Haciendas Redo.

El personal que labora está formado por: 277 Médicos, 17 Dentistas, 59 Parteras, 351 Enfermeras, 141 Farmacéuticos, 49 Oficiales Sanitarios, 7 Trabajadores Sociales, 8 Estadígrafos, 34 Pasantas de Medicina, el personal auxiliar no técnico es de 431 trabajadores.

#### V. — Asociación Pro-Nutrición Infantil.

Benéfica es la intensa labor que está llevando a cabo la Asociación bajo los auspicios de la colaboración privada y los esfuerzos personales de la Primera Dama de la Nación, Sra. Beatriz Velasco de Alemán y la Sra. Carmen C. de Gamboa, esposa del Sr. Secretario de Salubridad y Asistencia.

Pero no obstante su esfuerzo, apenas si una parte mínima de la población recibe ese beneficio. En la ciudad de México, se reparten diariamente: 23,000 desayunos y almuerzos y 11,000 biberones, aparte de los servicios de alimentación que proporcionan la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

#### VI. — Instituto de Nutriología.

Tiene el encargo de estudiar el estado de nutrición del pueblo mexicano y principalmente efectuar una labor de educación entre el pueblo, que le lleve el convencimiento para utilizar los productos más nutritivos y más baratos en beneficio de su estado nutricional y de su economía.

#### Asistencia Privada a la infancia.

La Asistencia Privada, en México, presenta un renglón muy importante para la protección a la infancia del país, particularmente en los Centros Urbanos y especialmente en la Ciudad de México. Por lo que se refiere a esta última población solamente, cuentan con establecimientos las siguientes instituciones:

Hospital Infantil.

Centro de Asistencia Materno Infantil "Maximino Avila Camacho".

Clínica Primavera para niños lisiados.

Fundación "Ma. de la Luz Alemán".



Fundación "Luz Becerra".  
Fundación "Luz Bringas".  
Fundación "Rafael Donde".  
Asociación Femenil a favor del Niño.  
Colegio "Agustín García Conde".  
Escuela Granja del Niño.  
Fondo Privado de Socorros "Gabriel Mancera".  
Fundación "Mier y Pesado".  
Fundación "Clara Moreno y Miramón".  
Fundación "Colegio de la Paz".  
Fundación "Plancarte y Labastida".  
Fundación "Escuela Rico".  
Fundación "Luz Saviñón".  
Fundación "Colegio Jesús Urquiaga".  
Alianza "Ndjel Israel".  
Asociación Mexicana de la Cruz Blanca Neutral.

Las Instituciones anteriores imparten protección a la infancia por conducto de sus Internados, Medio-Internados y Externos a una población que significa 105,495 estancias.

#### Dirección General de Pensiones.

Una de las mejores formas de impartir protección a la infancia, estriba en la protección a la familia y al hogar. Una familia con hogar propio asegura en la mejor de las formas a los hijos y les proporciona bienestar. De allí que, la Dirección de Pensiones esté contribuyendo aunque indirectamente a la protección de los niños fomentando en forma determinante la creación de hogares propios para familias o de hogares cómodos en sus grandes centros de población.

En los últimos seis años solamente, esta Dirección ha hecho préstamos hipotecarios individuales para adquisición de casas a trabajadores de toda la República con un valor de \$ 49.614,218.87.

En préstamos hipotecarios para colonias, ha invertido \$ 97.797.185.93.

Se han construido los siguientes edificios multifamiliares:

El Centro Urbano Presidente Alemán con 1,080 departamentos y con un costo de \$ 25.367.84.

El Centro Urbano Presidente Juárez con 984 departamentos, con una inversión de \$ 43.636.272.89.

El Edificio Multifamiliar de Ciudad Juárez, Chih., con 30 departamentos.

La Unidad Urbana de Matamoros, Tamps, con 107 lotes y

El Multifamiliar de la Ciudad Universitaria con un costo de \$ 2.000.000.00.

Solamente por concepto de construcciones de 5,687 habitaciones, se han gastado \$ 224,500.830.79.

### El Instituto Mexicano del Seguro Social.

México cuenta entre sus grandes Instituciones de protección a la familia y al hogar del trabajador con el Instituto Mexicano del Seguro Social. No es nuestro pensamiento hacer un análisis de la obra incalculable que realiza en relación con la protección a la infancia, hasta indicar que todos los hijos de los trabajadores, desde antes de nacer hasta la edad de 18 años se encuentran amparados bajo su cuidado en los aspectos médico y de protección económica al través de sus padres por medio de una legislación desde todos los puntos admirable.

### SECRETARIA DE TRABAJO Y PREVISION SOCIAL.

Es la responsable de la protección de menores en cuanto a trabajo, al que reglamenta mediante la Ley Federal del Trabajo, disponiendo lo siguiente:

Artículo 19.—Tendrán capacidad para celebrar contrato de trabajo, para percibir la retribución convenida y ejercer las acciones que nazcan del contrato o de la ley, los menores de edad de uno u otro sexo, que tengan más de diez y seis años.

La libertad de contratación en materia de trabajo de los mayores de doce años y menores de diez y seis, deberán celebrarse con el padre o representante legal de dichos menores. A falta de ellos, el contrato será celebrado por los mismos menores, con aprobación del sindicato a que pertenecen, en su defecto, de la Junta de Conciliación y Arbitraje del lugar, y a falta de ésta, de la autoridad política respectiva.

Art. 72.—La jornada máxima de trabajo para los mayores de doce años y menores de diez y seis, será de seis horas.

Art. 106.—Queda prohibido, respecto a los menores de dieciséis años:

I. El trabajo en expendios de bebidas embriagantes de consumo inmediato y en las casas de asignación y

II. Ejecutar labores peligrosas e insalubres.

Art. 219.—El contrato de aprendizaje en que intervenga algún menor, se celebrará en los términos que el artículo 20 establece para el contrato individual de trabajo.

Art. 222.—La jornada del aprendiz se sujetará a las disposiciones relativas al trabajo en general y al de menores en su caso.

Art. 239.—Los mayores de doce años pueden ingresar a un sindicato obrero; pero solamente podrán participar en la administra-

ción y dirección de él cuando tengan más de dieciseis años...".

Respecto a las disposiciones que contiene la Ley para las mujeres se establece lo siguiente:

Art. 21.—La mujer casada no necesitará consentimiento de su marido para celebrar el contrato de trabajo, ni para ejercitar los derechos que de él deriven.

Art. 22.—Serán condiciones nulas y no obligarán a los contratantes, aunque se expresen en el contrato:

I. Las que estipulen una jornada mayor que la permitida por esta ley:

II. Las que fijen labores peligrosas o insalubres para las mujeres y los menores de diez y seis años, establezcan para unas y otros el trabajo nocturno industrial, o el trabajo en establecimientos comerciales después de las veintidós horas;

III. Las que estipulen trabajos para niños menores de doce años;

IV. Los que constituyan renuncia por parte del trabajador, de cualquiera de los derechos y prerrogativas otorgados por esta ley;

V. Las que establezcan por consideración de edad, sexo o nacionalidad, un salario menor que el que se pague a otro trabajador en la misma negociación por trabajo de igual eficiencia, en la misma clase de trabajo e igual jornada;

VI. Las que fijen horas extraordinarias de trabajo para las mujeres y menores de diez y seis años;

Art. 76.—Para las mujeres y los mayores de doce años, pero menores de dieciseis, en ningún caso habrá jornada extraordinaria de trabajo.

Art. 77.—Las mujeres y los mayores de doce, pero menores de dieciseis años, no podrán desempeñar trabajo nocturno industrial ni labores insalubres o peligrosas.

Art. 79.—Las mujeres disfrutarán de ocho días de descanso antes de la fecha que, aproximadamente, se fije para el parto y de un mes de descanso después del mismo, percibiendo el salario correspondiente.

En el período de lactancia tendrán dos descansos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para amamantar a sus hijos.

Art. 86.—Para fijar el importe del salario en cada clase de trabajo se tendrán en cuenta la cantidad y calidad del mismo, entendiéndose que para trabajo igual, desempeñado en puesto, jornada y condiciones de eficiencia también iguales, debe corresponder salario igual, comprendiendo en éste tanto los pagos hechos por cuota diaria, como las gratificaciones, percepciones, habitación y cualquiera otra cantidad que sea entregada a un trabajador a cambio de su labor ordinaria; sin que se puedan establecer diferencias por consideración a edad, sexo o nacionalidad.



Art. 107.—Queda prohibido respecto de las mujeres:

I.—El trabajo en expendios de bebidas embriagantes de consumo inmediato y

II. La ejecución de labores peligrosas e insalubres, salvo cuando a juicio de la autoridad competente se hayan tomado todas las medidas e instalado todos los aparatos necesarios para su debida protección.

Art. 110.—Las mujeres, durante los tres meses anteriores al parto, no desempeñarán trabajos que exijan esfuerzo físico considerable. Si transcurrido el mes de descanso a que se refiere el artículo 79, se encuentran imposibilitadas para reanudar sus labores, disfrutarán de licencia que, salvo convenio en contrario, será sin goce de salario por todo el tiempo indispensable para su restablecimiento, conservando su empleo y los derechos adquiridos conforme al contrato.

En los establecimientos en que trabajen más de cincuenta mujeres, los patrones deberán acondicionar local a propósito para que las madres puedan amamantar a sus hijos.

Art. 241.—Las mujeres casadas que ejerzan una profesión u oficio, pueden sin autorización de su marido, ingresar a un sindicato y participar en la administración y dirección de aquél.

## SECRETARIA DE GOBERNACION

Encarga a su Departamento de Prevención Social, la profilaxis y tratamiento de los llamados menores delincuentes, término por el que la Dirección General de Asistencia social pugnó por que desapareciera, ya a la fecha ha sido votado por congresos científicos, como los de Sociología y Criminología la desaparición de esa denominación, llamándoles menores en conflicto con la sociedad o menores problema.

Nuestros Tribunales para Menores, a diferencia de las Cortes Juveniles Americanas, son colegiados para que puedan realizar un mejor estudio de la personalidad de éstos, mediante los conocimientos especializados de un jurista, un médico y un maestro y sean más eficaces las medidas que decretan. Su procedimiento está exento de los rigorismos formalistas y recursos legales contenidos en el procedimiento ordinario criminal, para evitar el temor que en los menores provocaría el aparato judicial de las Cortes Penales.

En dichos Tribunales deben existir, por lo menos, cuatro secciones investigadoras de la personalidad del menor que son: la social, la pedagógica, la médico psicológica y la paidográfica, encargadas, la primera de allegar datos acerca del medio familiar y extra-familiar, del menor, así como de la actuación del mismo dicho

medio; de informar, la segunda, acerca de la escolaridad, conocimientos actuales, coeficiente de aprovechamiento, conocimientos extra-escolares y año en que deben ser inscritos, incumbiendo a la tercera, el estudio de la personalidad psicofísica del menor, comprendiendo todo lo relativo a antecedentes patológicos, hereditarios y personales así como lo concerniente a su desarrollo mental y su constitución además de su funcionamiento psíquico, normal o patológico; siendo del resorte de la cuarta, todo lo relativo a la estadística de los casos sometidos a los Tribunales para Menores.

Estas secciones y las Casas de Observación forman el Centro de Observación e Investigación que permite al Juez utilizar el análisis del estudio somático psíquico y sociológico del infractor.

En la Capital se dispone en la actualidad de un nuevo edificio ad-hoc para el estudio completo de los menores y la imposición de las medidas regenerativas adecuadas, contiene locales apropiados para el funcionamiento de los Tribunales propiamente dichos, los destinados a las Casas de Observación para Hombres y Mujeres, con sus respectivas aulas, talleres, dormitorios, etc.; los reservados expresamente para ejecutar los estudios técnicos de que antes se ha hablado y todos los anexos o dependencias que su integral funcionamiento reclamen.

La distribución arquitectónica, de este nuevo edificio puede dividirse en: a) Tribunales para Menores que consta de amplias salas, bien acondicionadas y amuebladas para cada uno de los jueces y sus secretarías; b) Un salón de acuerdos para cada uno de los Tribunales colegiados; c) Un salón de Planos, en el que ambos Tribunales fusionados resuelvan los problemas de delincuencia infante-juvenil, y tratan los casos importantes, promoviendo las medidas técnicas y administrativas necesarias; d) Una gran sala biblioteca destinada exclusivamente para uso de los Jueces y Funcionarios Técnicos.

En el mismo cuerpo arquitectónico en que funcionan ambos Tribunales existen espaciosas salas de espera para el público, dotadas de los servicios correspondientes, y además por su extraordinario interés se encuentran también las secciones: Médico-psicológicas, la Pedagógica, la Social y la de la Paidografía.

La primera consta de una sala para el Psicólogo Jefe y de 7 cubículos para llevar a cabo los exámenes individuales, estando el personal provisto de los más recientes adelantos en la materia (pruebas proyectivas, Rorschach, thematic aperception test, coss, biont, cámara de Gesell, etc. La segunda sección pedagógica consta de un número igual a la anterior de oficinas para el estudio de la situación pedagógica de los menores. La social cuenta con un salón de Juntas para Trabajadoras Sociales y las dependencias necesarias para trabajos individuales. La paidográfica está dotada

de cuanto requiere un moderno archivo. En la planta baja de este edificio, en su porción frontal se construyó un Centro Quirúrgico de primer orden, tomando en cuenta no solamente las necesidades inherentes a la población flotante de los propios Tribunales de Menores, sino también las necesidades quirúrgicas, exigidas por los diversos casos de tratamiento dependientes de Prevención Social, como son: Escuelas de Orientación y Hogares, para hombres y mujeres, y hogares colectivos; dicho Centro Quirúrgico consta naturalmente de una sala de operaciones y sus anexos para esterilización y autoclaves, de dos consultorios médicos que pueden funcionar al mismo tiempo, entre tanto se investigan las condiciones somáticas de los menores, y de sendos consultorios para especialidades como otorino-laringología, dentistas, anestesia, oftalmólogo, y un magnífico aparato de Rayos X.

A ambos lados del cuerpo central del edificio, perpendiculares a sus alas, se encuentran los Centros de Observación para hombres y mujeres. Cada uno está provisto de salas especiales para baños y peluquería que se aprovechan antes de la admisión, contiene, además locales de admisión de los menores, para depósito provisional, con todos sus servicios, 5 dormitorios bien ventilados con capacidad para treinta camas; 5 aulas de las cuales 3 serán destinadas a la enseñanza pedagógica exclusivamente y 2 habilitadas como aulas taller; 3 patios hermosos y asoleados están destinados al esparcimiento y descanso vigilado, en los tiempos libres de los menores en sus 3 grupos fundamentales: púberes y postpúberes, división que toma su alojamiento en los salones dormitorios. Cada Centro de Observación además está dotado de Salas para enfermos de medicina interna y operados, con 6 camas cada uno y los servicios correspondientes, así como también de salones para padecimientos infecciosos, completamente desligados del resto del edificio. Se han establecido además cocinas generales y comedores para cada Centro, en espléndidos salones dotados de mesas dispuestas en forma tal que facilitan la relación interhumana y evitan totalmente el aspecto carcelario de los antiguos refectorios, a cuya entrada los menores serán educados en las precepciones de higiene, y que funcionan con el sistema moderno de cafetería, que al mismo tiempo implica disciplina, limpieza y reeducación. Se construyeron por último los servicios generales de lavanderías, planchado de ropa, etc., dotados de las maquinarias correspondientes, así como refrigeradores para las despensas o almacenes de víveres.

En la parte posterior del edificio se encuentran instaladas, en el magnífico campo de gimnasia y deportes, canchas para basketball, bad-mington, y frontones, así como una pista para los eventos de cultura física necesarios.



## SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

La Secretaría de Educación Pública, además de los múltiples servicios que imparte en favor de la infancia, cuenta con el Instituto Nacional de Pedagogía, en donde se aplican los conocimientos más avanzados sobre la materia y se realizan investigaciones sobre los factores antropológicos, económico sociales y en general sobre las condiciones biológicas y biométricas de los escolares; el Departamento de Higiene Escolar que atiende médicamente a la totalidad de los menores que asisten a las Escuelas Oficiales y que cuenta con servicios de Inspección de índole higiénica y de Medicina Preventiva; dos policlínicas escolares con función asistencial médico-dental; un dispensario antituberculoso escolar y con Brigadas móviles para la mejor realización de sus servicios; y el Departamento de Educación Audiovisual que está implantando en México este servicio educacional tan interesante.

Enseñar al pueblo a vivir mejor, es decir a satisfacer adecuadamente las necesidades esenciales de alimentación, casa, vestido, higiene, educación fundamental, ha sido preocupación constante en todas las actividades escolares desde el Jardín de Niños hasta la Escuela Profesional, se ha puesto de manifiesto también en los programas de las Misiones Culturales y en las orientaciones de la educación extra escolar.

La educación agrícola y técnica se ha estado reorganizando de acuerdo con los planos de la producción e industrialización. Además, en consonancia con la política económica, la Escuela Mexicana ha fomentado el ahorro, la producción agrícola de las parcelas escolares y las cooperativas de producción y de consumo.

La educación en México puede considerarse como escuela para la democracia; ofrece sus posibilidades sin distinción de sexo, religión, raza o condición social. La extensión de sus oportunidades obedece al ritmo que marca el desarrollo económico ascendente de México.

Se tiene el propósito de preparar a los mexicanos no sólo en el ejercicio de sus derechos, sino también en lo que se refiere a su responsabilidad social en relación con los problemas nacionales e internacionales.

La siguiente información presupuestal revela los esfuerzos del país en materia educativa.

AÑO	PRESUPUESTO TOTAL	PRESUPUESTO DE EDUCACION	PRESUPUESTO DE LA DEFENSA NACIONAL
1952	\$ 3.999.203.000.00	\$ 427.773.000.00	\$ 328.713.000.00

En México se invierte mayor cantidad de su presupuesto en educación que en gastos de preparación para la guerra.

En la educación pública se gasta diariamente un millón de pesos.

La composición porcentual de los gastos del Gobierno muestra creciente aumento en lo que se aplica al bienestar social: 13.7 defensa interna y externa. 16.2 gastos sociales. 23.5 obras públicas impulsadoras del desarrollo económico.

## MISIONES CULTURALES

Las Misiones Culturales atienden diversas zonas rurales así como centros mineros, fabriles, colonias humildes del Distrito Federal, algunas regiones indígenas y las comunidades ribereñas del Río Papaloapan, Veracruz y del Lago de Pátzcuaro, Michoacán. Han venido funcionando 41 grupos rurales, 9 especiales, 17 Misiones Culturales Motorizadas, 5 Misiones Culturales Cinematográficas, una Lacustre, una Fluvial, una Misión Taller y una Misión Médica Motorizada.

En el desenvolvimiento de los planes de trabajo de las Misiones Culturales continúan destacándose los siguientes aspectos: mejoramiento del hogar, fomento de la salud individual y salubridad pública, promoción de la vida social y recreativa, aprovechamiento de los recursos naturales dentro de la Campaña Nacional de Desarrollo Económico, construcción de obras materiales de Servicio Social.

## ASUNTOS INDIGENAS

La Secretaría de Educación se ha propuesto acelerar al máximo la participación de indígenas en el desarrollo social y económico de México. Con este objeto ha ampliado sus actividades así como su colaboración con organismos e instituciones que se dedican al estudio de la población indígena y a la resolución de sus problemas.

En el campo de la investigación se han realizado estudios socio-económicos como base al establecimiento de comunidades de producción indígena, así como investigaciones de los sistemas tradicionales de educación familiar y social entre los indígenas con el fin de lograr que los métodos pedagógicos y los medios empleados en su educación no choquen abiertamente con la tradición aborigen ni provoquen actitudes hostiles.

El trabajo de la Dirección de Asuntos Indígenas se realiza en 19 planteles de educación sistemática, 15 centros de adiestramiento técnico, 14 brigadas de mejoramiento de la población indígena,

2 comunidades de promoción. Existe además un Departamento de Procuradores que se encarga de la defensa y asesoría jurídica de los núcleos aborígenes en lo que se refiere principalmente a asuntos agrarios y de crédito ejidal.

## SEGUNDA ENSEÑANZA: ESCUELAS SECUNDARIAS:

En todos los grupos sociales se observa un creciente interés por la educación secundaria y existe por parte del Gobierno el propósito de ampliar sus posibilidades. En el presente año fueron creadas en la República 65 Escuelas Secundarias y la población escolar aumentó en un 21.6 % en relación con la del año anterior.

## ENSEÑANZA NORMAL

Las instituciones destinadas a la formación de los maestros primarios son urbanas o rurales, según el medio en que se encuentran establecidas. Atendiendo al origen de su sostenimiento se clasifican en generales federalizadas, estatales y particulares incorporadas. Se cuenta en la actualidad con 73 Escuelas Normales y con el Instituto Federal de capacitación del Magisterio, que es propiamente una Escuela Normal de tipo transitorio que tiene como tarea fundamental la de capacitar a los maestros que ingresaron al servicio docente primario sin la preparación exigida por la ley. Es una institución de gran importancia para el país, que cuenta con dos secciones: La Escuela Oral y la Escuela por Correspondencia. El año de 1951 ha sido sin duda uno de los de mayor significación en la existencia del Instituto, puesto que en esa fecha incluyó su primer sexenio de vida y se abrió el segundo. Hasta agosto de 1951 habían concluido sus estudios profesionales, 4.461 maestros. Según la inscripción actual el instituto atenderá en su nuevo sexenio por lo menos 13.645 alumnos.

## ENSEÑANZA TECNICA.—INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL

En relación con el desarrollo económico del país la educación técnica ha adquirido fundamental importancia.

Con el propósito de concentrar en un solo lugar las diversas carreras cortas y subprofesionales, que antes estaban dispersas en diversos establecimientos, se creó la escuela "Wilfrido Maussieu". Esta escuela atiende tres aspectos fundamentales de la formación técnica: Carreras subprofesionales, Capacitación técnica para trabajadores y Carreras tecnológicas o de preparación técnica de jóvenes. Se le han otorgado a la escuela los elementos necesarios para que pueda responder a la preparación de técnicos



especializados auxiliares de las actividades profesionales en relación con el desarrollo de la industria nacional.

El Instituto se ha preocupado constantemente por resolver la situación económica de los alumnos de pocos recursos y como demostración de este interés ha construido un internado con capacidad para mil alumnos que cuenta con campos deportivos, aulas de recreación, biblioteca y todos los servicios necesarios a la vida del estudiante.

Los alumnos del Instituto han realizado prácticas de Servicio Social en diferentes lugares de la República.

La población escolar inscrita en el Instituto Politécnico Nacional y en los otros Institutos Tecnológicos del País es aproximadamente de 20 estudiantes.

### INFORMACION ESTADISTICA

#### Natalidad.

La natalidad registrada en el país considerada por cada mil habitantes fué como sigue:

1946 .....	43.1
1947 .....	45.6
1948 .....	44.9
1949 .....	45.0
1950 .....	45.8

#### Mortalidad.

La mortalidad infantil presenta un índice por cada mil nacimientos y para los años que se citan, como sigue:

AÑOS	INDICE DE LA MORTALIDAD INFANTIL
1931 - 1935 .....	134.0
1936 - 1940 .....	127.5
1941 - 1945 .....	115.7
1946 .....	110.6
1947 .....	96.4
1948 .....	101.7
1949 .....	106.4
1950 .....	95.8

Las enfermedades que en mayor escala producen la mortalidad infantil son como sigue, en la población total del país en el año de 1949:

	DE 0 11 MESES	DE 1 A 4 AÑOS
Bronconeumonía y Neumonía ...	33.088	18.317
Diarrea y Enteritis .....	27.870	31.148
Debilidad congénita .....	10.441	—
Paludismo .....	3.550	5.747
Sarampión .....	3.315	12.200
Tos ferina .....	4.780	5.584
Bronquitis .....	6.094	3.231
Convulsiones .....	4.208	1.009
Nacimientos prematuros .....	1.878	—
Vicios de conformación .....	2.031	143
Tétanos .....	1.603	130
Sífilis .....	1.053	81
Gripe .....	909	888
Piquete de alacrán .....	569	994

# CENSO DE POBLACION 1940. — INTERNACION FAMILIAR

	Nº de familias	Nº de Personas	Jef. de Fam. Hembras	Jef. de Fam. Mujeres	Pers. depend. Jef. Fam. Muj.
Personas solas .....		611.937	285.654	326.319	
Familias de 2 personas .....	836.146	1.672.292	642.438	193.708	193.708
Familias de 3 personas .....	798.705	2.396.115	643.355	155.350	310.700
Familias de 4 personas .....	726.175	2.904.700	612.340	113.835	341.505
Familias de 5 personas .....	610.613	3.053.065	534.084	76.529	306.116
Familias de 6 personas .....	465.492	2.792.952	419.085	46.407	232.035
Familias de 7 personas .....	327.287	2.291.009	300.745	26.542	159.252
Familias de 8 personas .....	207.082	1.656.656	193.870	13.212	92.484
Familias de 9 personas .....	117.877	1.060.893	111.586	6.291	50.328
Familias de 10 personas .....	61.711	617.110	58.548	3.173	28.467
Familias de 11 o más personas ..	49.352	596.787	47.004	2.348	25.828
TOTAL .....	4.300.440	19.653.552	3.563.055	637.385	1.740.423



**POBLACION DE 0 A 10 AÑOS EN LA CIUDAD DE MEXICO — CENSO DE 1940**

Cuarteles	Sumas		Hasta 1 año		2 años		3 años		4 años		5 años		6 años	
	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.	H.	M.
<b>Totales</b>	120.360	118.685	33.791	32.158	16.063	16.606	17.218	17.204	17.197	17.007	18.211	18.026	17.880	17.680
I	18.230	18.100	5.110	4.915	2.349	2.510	2.666	2.578	2.615	2.612	2.771	2.769	2.719	2.71
II	11.355	11.334	3.042	3.049	1.473	1.629	1.586	1.665	1.695	1.610	1.796	1.707	1.763	1.674
III	13.221	12.442	3.628	3.440	1.806	1.693	1.879	1.881	1.906	1.751	2.020	1.856	1.982	1.821
IV	8.303	8.158	2.443	2.145	1.139	1.123	1.135	1.201	1.157	1.190	1.226	1.261	1.203	1.238
V	8.258	8.225	2.365	2.217	1.102	1.132	1.220	1.141	1.152	1.205	1.221	1.277	1.198	1.200
VI	8.825	8.615	2.410	2.382	1.229	1.188	1.281	1.220	1.260	1.234	1.335	1.308	1.310	1.283
VII	9.379	9.440	2.643	2.567	1.282	1.442	1.382	1.331	1.314	1.323	1.392	1.402	1.366	1.375
VIII	7.098	6.964	1.972	1.886	1.022	1.049	1.022	992	994	986	1.054	1.046	1.034	1.025
IX	13.939	13.971	4.029	3.917	1.816	1.934	2.001	2.045	1.966	1.964	2.083	2.077	944	2.030
X	5.549	5.258	1.158	1.489	714	728	769	760	802	736	850	780	834	765
XI	9.607	9.529	2.793	2.472	1.246	1.331	1.342	1.405	1.364	1.394	1.445	1.477	1.417	1.450
XII	6.596	6.549	1.776	1.699	885	847	935	985	972	1.006	1.018	1.066	1.010	1.040

La población de 5 y 6 años fué calculada por proporcionalidad

Dr. ALB/db.

CENSO DE 1940

LISIADOS . — DISTRIBUCION EN POR CIENTOS

DEFECTOS	Mayores de 12 años			Menores de 12 años		
	H. y M.	H.	M.	H. y M.	H.	M.
Sordos .....	13.5	11.8	17.4	—	—	—
Mudos .....	3.6	2.9	4.9	—	—	—
Sordomudos .....	5.1	4.5	6.6	6.2	6.1	6.2
Ciegos .....	17.3	15.5	20.9	21.2	20.4	21.6
Mancos .....	9.5	12.5	3.9	11.5	12.0	10.5
Cojos .....	22.3	26.5	16.8	27.0	27.2	27.1
Tullidos .....	10.9	10.2	11.6	13.2	1.3	1.3
Jorobados .....	1.9	1.3	0.4	1.3	13.4	13.4
Idiotas .....	6.3	5.9	6.2	7.61	7.6	7.7
Locos .....	9.6	8.4	11.3	12.0	12.0	12.2
DISTRIBUCION .....	94.0	—	—	6.00	—	—
Trabajan .....	70.0					
Pueden pero no trabajan .....	7.8					
No pueden trabajar .....	22.2					

Dr. ALB/db.

PROMEDIO DE GASTOS POR HABITANTES PARA LOS SERVICIOS SANITARIOS ASISTENCIALES EN LAS ENTIDADES FEDERATIVAS, SEGUN LAS APORTACIONES DURANTE 1952 DE LOS COOPERANTES QUE SE INDICAN

ENTIDADES	Población calculada 30-VI-1952	APORTACIONES DE LA SECRETARIA				GOB. LOC. Y OTROS COOPERANTES		TOTAL	
		Fuera del Presupuesto de Coordinados		Dentro del Presupuesto de Coordinados		Subsidios	Prom. P. Hab.	Aportaciones	Prom. P. Hab.
		Ordenes de Pago	Prom. P. Hab.	Sueldos y Subsidios	Prom. P. Hab.				
Sumas y Prom.	23,539,694	10,160,731.30	0.43	22,251,289.20	0.94	9,302,588.98	0.42	42,214,609.48	1.79
Aguascalientes	194,188	35,000.00	0.18	267,542.00	1.38	14,400.00	0.07	316,942.00	1.63
Baja California, Norte	255,613	189,514.20	0.74	1,182,762.00	4.63	786,706.16	3.08	2,158,982.36	8.45
Baja California, Sur	62,640	68,000.00	1.08	100,000.00	1.60	—	—	168,000.00	2.68
Campeche	128,231	54,212.00	0.42	42,580.00	3.30	159,390.00	1.24	636,182.00	4.96
Coahuila	752,302	922,471.00	1.23	716,335.20	0.9	387,747.12	0.51	2,026,553.32	2.69
Colima	118,903	146,097.00	1.23	904,483.20	7.6	150,000.00	1.26	1,200,580.20	10.10
Chiapas	948,268	573,889.60	0.61	1,062,384.60	1.1	440,876.90	0.46	2,076,651.10	2.19
Chihuahua	887,993	433,189.48	0.49	809,253.00	0.9	322,254.00	0.30	1,564,696.48	1.76
Durango	655,927	39,000.00	0.06	485,832.00	0.7	120,724.00	0.18	645,556.00	0.98
Guanajuato	1,378,717	533,500.00	0.39	1,050,713.20	0.7	841,791.40	0.61	2,426,004.60	1.75
Guerrero	950,872	233,231.60	0.25	902,406.80	0.95	825,769.80	0.31	1,461,408.20	1.54
Hidalgo	865,159	253,236.16	0.29	779,484.00	0.90	198,105.00	0.64	1,230,825.16	1.42
Jalisco	1,811,056	996,242.00	0.55	828,462.00	0.46	214,856.00	0.23	2,000,560.00	1.13
México	1,437,442	77,000.00	0.05	622,434.00	0.43	612,000.00	0.12	1,311,434.00	0.91
Michoacán	1,460,569	275,000.00	0.19	893,724.20	0.61	478,000.00	0.43	1,646,724.20	1.13
Morelos	290,472	131,800.00	0.45	351,066.00	1.21	62,964.00	0.33	545,830.00	1.88
Nayarit	305,536	62,980.32	0.21	516,966.00	1.69	293,756.12	0.22	873,702.44	2.86
Oaxaca	1,457,620	165,043.80	0.11	765,052.00	0.53	326,658.00	0.96	1,256,753.80	0.86
Nuevo León	773,516	1,131,484.00	1.46	492,932.00	0.64	30,000.00	0.22	1,654,416.00	2.14
Puebla	1,682,666	787,616.16	0.47	675,132.00	0.40	290,791.00	0.17	1,753,539.16	1.04
Queretaro	293,912	71,855.96	0.24	589,530.00	2.01	77,602.00	0.26	738,987.96	2.51
Quintana Roo	28,559	53,106.80	1.86	263,620.80	9.23	56,810.00	1.99	373,537.60	13.0
San Luis Potosí	890,410	768,280.00	0.86	793,446.00	0.43	112,708.00	0.13	1,260,434.00	1.42
Sinaloa	647,106	140,963.50	0.22	779,183.00	1.22	670,404.08	1.04	1,604,555.58	2.48
Sonora	535,789	254,308.92	0.48	488,952.00	0.91	347,764.00	0.65	1,091,024.92	2.04
Tabasco	377,075	32,042.00	0.09	665,262.00	....	72,000.00	0.19	769,304.00	2.04
Tamaulipas	767,489	920,221.80	1.20	1,187,034.60	1.55	430,897.00	0.56	2,538,153.40	3.31
Tlaxcala	295,973	82,500.00	0.28	423,204.00	1.43	91,860.00	0.31	597,564.00	2.02
Veracruz	2,110,334	1,533,934.00	0.73	2,175,632.40	1.03	1,339,020.40	0.63	5,048,586.80	2.39
Yucatán	554,791	214,495.00	0.39	512,095.20	0.94	—	—	726,590.20	1.35
Zacatecas	680,566	82,000.00	0.12	305,228.00	0.45	84,302.00	0.12	471,530.00	0.60



OCUPACIONES	SUMAS	EMPLEADAS Y DEPENDIENTES		OBRERAS Y JORNALERAS		SERVIDUMBRE	
		Cd. de Méx.	Delegs.	Cd. de Méx.	Delegs.	Cd. de Méx.	Delegs.
TOTALES .....	618.462	39.257	2.501	23.414	2.139	436.553	92.5
I. — AGRICULTURA:							
Agricultura y Ganadería	262	15	3	45	199	—	—
Silvic., Caza y Pesca ...	2		1	1		—	—
II. — MINAS Y PETROLEO:							
Minas y P. Metalúrgicos	33	31	1	1		—	—
Petróleo y gas natural ..	204	183	14	5	2	—	—
Salinas .....	5	1		4		—	—
III. — INDUSTRIAS:							
Textiles .....	5.047	224	32	4.045	746	—	—
Fundiciones .....	202	82	2	110	8	—	—
Edificación o construcción	91	36	3	51	1	—	—
Indumentaria y tocador .	7.998	382	9	7.239	368	—	—
P. Alimenticios .....	1.910	464	28	1.257	161	—	—
Transp. madera .....	105	25	2	78		—	—
Cerámica y vidrio .....	214	50	3	157	4	—	—
Cueros y pieles .....	117	39	—	133	5	—	—
Energía eléctrica .....	272	130	11	130	1	—	—
Química .....	1.981	784	30	1.098	69	—	—
Papel .....	557	38	4	425	90	—	—
Artes gráficas, fotografía y cinematografía .....	1.154	414	9	701	30	—	—
Tabaco .....	222	57	3	154	8	—	—
Joyas y objetos de arte	72	42	4	26	—	—	—
Instrumentos musicales y de precisión .....	29	16	—	13	—	—	—
IV. — COMUNICACIONES:							
Transportes, terrestres, marítimos, fluviales y aéreos, — teléfonos, te- légrafos y radio .....	997	842	37	109	9	—	—

MUJERES QUE TRABAJAN EN EL DISTRITO FEDERAL. — CENSO 1940

	SUMAS	EMPLEADAS Y DEPENDIENTES			OBRERAS Y JORNALERAS			SERVIDUMBRE	
		Cd. de Méx.	Delegs.	Cd. de Méx.	Delegs.	Cd. de Méx.	Delegs.	Cd. de Méx.	Delegs.
V. — COMERCIO:									
I. de Créditos y seguros	982	921	44	12	5	—	—	—	—
Hoteles y restaurants	3.487	559	20	2.824	84	—	—	—	—
Agencias comerciales y aduanales .....	196	171	3	21	1	—	—	—	—
Comercio en general ...	15.650	10.443	626	4.258	323	—	—	—	—
VI. — ADMINISTRACION PUBLICA:									
Poder Ejecutivo .....	16.101	14.082	914	515	25	440	125	—	—
Legislativo .....	63	34	25	2	—	2	2	—	—
Judicial .....	250	243	5	—	—	—	—	—	—
VII. — PROFESIONES Y O. LIBER.									
Profesionistas .....	1.346	1.264	83	—	—	—	—	—	—
Ocupaciones de tipo li- beral .....	341	330	11	—	—	—	—	—	—
VIII. — TRABAJO DOMES- TICO:									
Sin retribución .....	475.485	—	—	—	—	378.179	88.306	—	—
Asalariadas (servidum- bre) .....	72.958	—	—	—	—	66.793	6.165	—	—
IX. — O. INDETERMINADA:									
Ocupaciones insuficiente- mente indeterminadas .....	7.929	7.355	574	—	—	—	—	—	—

NOTAS: Las profesiones y ocupaciones liberales (VII) y las ocupaciones indeterminadas (IX) aparecen en las columnas de empleadas sólo para separar la ciudad de México de las Delegaciones. El trabajo doméstico sin retribución (VIII) se hace figurar como servidumbre.

## CENSO DE POBLACION. — 1940

## TRABAJO DE MUJERES

Total de habitantes .....	19.653.552
Total de mujeres .....	9.957.765
Mujeres menores de 13 años .....	3.727.961
Mujeres mayores de 13 años .....	6.229.804

Agricultura, ganadería, sevicultura, caza y pesca ....	39.864
Minas, petróleo y gas natural .....	1.309
Industrias .....	72.034
Comunicaciones y transportes .....	2.911
Comercio .....	96.697
Administración pública .....	42.227
Prof. y ocupaciones liberales .....	4.011
Trabajos domésticos .....	6.420.934
Sin retribución .....	6.268.022
Servidumbre .....	152.912
Otras ocupaciones .....	20.492
Ocupaciones antisociales, se ignora y sin ocupación (in- cluso menores) .....	3.257.286
Total de mujeres que trabajan con exclusión del servi- cio doméstico familiar .....	432.457

## CENSO DE POBLACION. — 1940

## TRABAJO DE HOMBRES

Total de habitantes .....	19.653.552
Total de hombres .....	9.695.787
Hombres menores de 15 años .....	4.347.321
Hombres mayores de 15 años .....	5.348.466

Agricultura, ganadería, sevicultura, caza y pesca ....	3.791.007
Minas, petróleo y gas natural .....	105.397
Industrias .....	567.573
Comunicaciones y transportes .....	146.559
Comercio .....	455.770
Administración pública .....	149.361
Profesiones y ocupaciones liberales .....	38.108
Trabajos domésticos .....	63.124
Otras ocupaciones .....	143.166



Ocupaciones antisociales, se ignora	
Sin ocupación (incluyendo menores)	4.235.122
Total de hombres que trabajan	5.460.665
Hombres que trabajan en labores ajenas al campo	1.669.653

### POBLACION ESCOLAR DE LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

#### Jardines de Niños:

Jardines de Niños en el Distrito Federal (Federales)	116
Particulares en el D. F.	82

#### En los Estados y Territorios:

Jardines de Niños (Federales)	321
Federalizados	38
Estatales	267
Particulares	83
Indígenas	18
Artículo 123	6
Recursos Hidráulicos	6
Municipales	8
Total del Jardines de Niños	945
Inscripción total en Jardines de Niños	90.175
Presupuesto	\$ 6.190.932.00

#### ESCUELAS PRIMARIAS.

Oficiales en el D. F.	904
Particulares en el D. F.	255
Nocturnas en el D. F.	147
Total Escuelas Primarias en el D. F.	1.306
Alumnos inscriptos en las Escuelas del D. F.	432.523
Alumnos que terminaron su Educación Primaria en 1950 en el D. F.	35.148

#### En los Estados y Territorios:

Escuelas primarias, rurales y urbanas	
Federales	14.087
Escuelas Federalizadas y Coordinadas	2.750
Escuelas Artículo 123	408
Escuelas Particulares incorporadas	440
Total	17.685

Alumnos inscriptos en las Escuelas Primarias de los Estados y Territorios .....	1.641.615
Total de Escuelas en el país .....	18.991

**INTERNADOS DE PRIMERA ENSEÑANZA:**

Internados de Primera Enseñanza que funcionan en el país .....	22
Becas autorizadas para alumnos de los internados a razón de \$ 2.25 c/u. ..	7.294
Inscripción de los Internados de Primera Enseñanza (1950) .....	7.306

**RESUMEN:****Establecimientos:**

Jardines de Niños en la República ...	945
Escuelas Primarias en el D. F. ....	1.306
Escuelas Primarias en los Estados y Territorios .....	17.685
Internados de Primera Enseñanza .	22
Total de Establecimientos .....	19.688

**Alumnos:**

Jardines de niños .....	90.175
Escuelas Primarias en el D. F. ....	432.523
Internados de Primera Enseñanza ...	7.306
Total de Alumnos .....	2.171.619

**PRESUPUESTOS DE LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA:**

1947 .....	\$ 220.853.000.00
1948 .....	" 246.000.000.00
1949 .....	" 280.000.000.00
1950 .....	" 312.283.400.00

**ESCUELAS CONSTRUIDAS, EN COORDINACION CON LA SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA:**

Por los Gobiernos Locales y por la iniciativa privada .....	2.683
Número de aulas .....	8.293
Cupo en dos turnos .....	816.260
Escuelas reparadas .....	800
Costo .....	\$ 140.000.000.00

Escuela de "Ensayo Piloto" en el Estado de Nayarit, cuyo proyecto se aprobó en la Segunda Conferencia Internacional de la UNESCO, como resultado de una ponencia mexicana.

Se crearon 4255 plazas para aumentar el número de maestros federales.

Número de alfabetizados: 2.047.303.

Creación de 67 Misiones Culturales.

Centros Alfabetizantes: 21.000.

Construcción de la Ciudad del Politécnico.

Institutos Tecnológicos de Coahuila, Durango, Jalisco, Veracruz y Chihuahua.

Museo Nacional de Artes Plásticas.

Escuela Nacional de Maestros de Jardines de Niños.

Instituto Nacional Indigenista.

Instituto Nacional de la Juventud.

Departamento de Educación Audiovisual.

Instituto de Investigación Científica, creado con la finalidad de aplicar los recursos científicos y técnicos de la Nación y pugnar por la prosperidad, salubridad y bienestar del pueblo.

## LEGISLACION

La Protección legal a la infancia aparece en distintas leyes y códigos, por lo que, puede decirse, que no existe una acumulación legal debida. Sin embargo, debe hacerse constar que en la Constitución Política de la República (Art. 39) se delinea la doctrina educativa para los escolares del país y en las fracciones II, III, V, y XI del Art. 123, se indican las normas a que se sujeta el trabajo, Capítulo VII, Artículos 106 y 110 inclusive, se establecen normas de protección en el trabajo a mujeres y menores. En el Código de Procedimientos penales, Capítulo VIII, Artículos 660 al 667 inclusive, aparecen las modalidades de organización y funcionamiento de los Tribunales para Menores. En el Código Civil, es donde aparece lo más interesante de la Protección a la infancia en relación con la familia, pues la legislación mexicana en este sentido es fundamentalmente proteccionista. Desde el Artículo 35 hasta el 634 de dicho Código, determinan con meridiana claridad, el sentido de protección a la familia.



# Aspectos estadísticos prácticos de los trastornos nutrodigestivos agudos del niño

Por el doctor Francisco J. Menchaca

PROFESOR ADJUNTO DE LA FACULTAD  
DE HIGIENE Y MEDICINA PREVENTIVA

(Santa Fe, Rep. Argentina)

## S U M A R I O

- I — Consideraciones generales.
- II — De la recolección de los datos básicos.
- III — De la elaboración de los datos captados.
- IV — De la utilización del material elaborado.
- V — Conclusiones.
- VI — Resumen.
- VII — Bibliografía.

## I — CONSIDERACIONES GENERALES

Creemos estar en lo cierto al pensar que la medicina de niños no se puede ejercer bien y con altura, sino se siente por ella una vocación profunda y sincera. El imperativo que nos mueve a los pediatras es apremiante. Todo cuanto pueda ayudarnos en la lucha contra la mortalidad infantil habremos de incorporarlo a nuestro bagaje combativo. Si la estadística que ha demostrado ser elemento indispensable de toda investigación científica, es capaz de proveer a la medicina de niños soluciones prácticas y concretas, los pediatras habremos de encontrar para las actividades de aquella disciplina un espacio de tiempo y de interés en nuestro trajín diario.

La parte de arte, tan predominante en la labor del pediatra práctico, hace que sus primeros contactos con las noxas de la salud infantil se hagan a expensas de aquélla ya ponderada vocación y que trate de "hacer lo que se pueda" por el niño. Posteriormente en etapas más evolucionadas, se comprende que en vez de "hacer lo que se pueda" debe realizarse "lo mejor que se pueda" lo cual indudablemente, requiere un planteo más ajustado. Es en este planteo donde el concurso de la estadística resultará indispensable.

No dejamos de comprender que si bien en muchos sectores es imposible en la actualidad realizar tarea estadística eficiente, ella, no obstante, puede ser prevista y planificada con el fin que en el momento oportuno se inicie tal labor sobre bases suficientemente meditadas. Y además, la iniciación del médico de niños en el concepto estadístico, aunque en alguna etapa no pueda traducirse en compilaciones y trabajos demográficos, contribuye, sin duda alguna a formar en el pediatra un criterio de equilibrio y armonía de singular valor para la solución de sus problemas, no sólo médicos, sino también de hombre y de ciudadano.

En la presente circunstancia ofrecemos algunos aspectos de la bioestadística de los trastornos nutrodigestivos agudos del niño enfocados desde la pediatría práctica y orientados a perfeccionar la contribución que ésta puede hacer a aquella disciplina en lo que se refiere a la demografía de los trastornos nutrodigestivos agudos del niño.

## II — DE LA RECOLECCION DE LOS DATOS BASICOS

Uno de los pasos más importantes en bioestadística es la recolección o captación de los datos básicos. Si esta captación es incorrecta resultará difícil que el proceso posterior pueda proveer resultados satisfactorios. ¿De quién depende la correcta captación de los datos estadísticos iniciales en materia de trastornos nutrodigestivos agudos del niño? Indudablemente que del médico que asiste a todo niño enfermo de alguna de esas afecciones. Por lo tanto, ante la trascendencia de este primer paso, todo pediatra o médico que atiende niños comprenderá la necesidad de llenar con esmero y cuidado las historias clínicas, fichas, certificados, memorias o informes periódicos, etc., para que las tabulaciones de la correspondiente sección estadística o de no sabemos qué otro investigador posterior sean capaces de contribuir a proveer exitosas soluciones para los problemas médicos y sanitarios aún no resueltos. El certificado de defunción, por ejemplo, es un elemento estadístico de importancia fundamental, y sin embargo, no son pocos los que se redactan en forma confusa y a veces ilegible. Es menester, entonces, dedicar a la confección de ese documento el tiempo y el interés que se merece.

La Organización Mundial de la Salud en su deseo de perfeccionar la certificación de los decesos ha aconsejado un certificado doble: una parte es de carácter secreto y sólo es conocido en la Oficina Estadística, el otro es el documento civil mediante el cual se realizan gestiones administrativas, actos judiciales, etc. La Provincia de Santa Fe desde el 10. de enero de 1952 tiene en vigencia este doble certificado de defunción.

Cuando un pediatra tiene que llenar uno de ellos, acto que comprendemos se realiza generalmente con poca simpatía, debe poner toda la atención necesaria para que se refleje con toda fidelidad el hecho demográfico. Así si el óbito correspondió a un niño con una neumopatía además de un síndrome diarréico con sintomatología tóxica, deberá meditar suficientemente acerca de cuál pudo haber sido la causa determinante y cuál la concurrente. Hay que evitar la colocación de síntomas como causa de muerte; por ejemplo "vómitos" o "tenesmo" (1).

Nos permitimos aconsejar para una mejor recolección en los hospitales del material provisto por la morbi-mortalidad infantil, que los empleados que lo reciban tengan a mano una copia de la Clasificación Estadística Internacional de Causas de Muerte, Enfermedades y Lesiones, la cual se renueva decenalmente.

Si la autoridad estadística correspondiente no la proporciona, las sociedades pediátricas o médicas pueden contribuir al mejor conocimiento de dicha Clasificación distribuyendo copias de ella a los servicios que la necesiten. No queremos dejar de destacar el adelanto que significa que este código no sea sólo de causas de muerte, como era hasta 1948, sino que incluya también las causas de enfermedad. Ello contribuye a mejorar la unidad de las estadísticas de morbilidad, así como la demografía hospitalaria. Pero, además de beneficiarse con esta Clasificación, las estadísticas sanitarias siempre habrán de necesitar el concurso de pediatras en actividad, los cuales deberán brindar su mejor disposición y asesoramiento con el fin que la recolección de la información básica esté exenta de errores y fallas. Sólo mediante la estrecha colaboración entre médicos y estadígrafos se conseguirá que las estadísticas sanitarias y hospitalarias provean elementos útiles para la labor médica, y no se vean sobrecargadas con una información burocrática de poca o ninguna ayuda para la investigación científica. Este material deberá estar suficientemente actualizado de modo que cuando se solicite un dato para aclarar una discusión o solucionar un problema médico no haya necesidad de esperar varias semanas hasta que el empleado designado para tal fin provea el elemento solicitado después de una larga revisión de planillas y formularios.

El registro de datos con la ayuda de las tarjetas perforadas ("punch cards") facilitará la investigación científica en materia de trastornos nutrodigestivos agudos del niño, grupo nosológico donde pueden aún revelarse aspectos etropatogénicos insospechados.

Hay que estar alerta para apreciar las circunstancias o hechos que pueden viciar la recolección del material estadístico. Ellas pueden ser muchas y variadas. Citaremos una: en aquellos



hospitales donde a todo fallecido se le hace la autopsia, se permite a veces retirar enfermos moribundos y hasta fallecidos, cuyos familiares no quieren que en tales niños se cumpla aquel requisito; estos servicios, como es lógico aparecen con muy baja letalidad por toxicosis y otras afecciones agudas graves.

### III — DE LA ELABORACION DE LOS DATOS CAPTADOS

La elaboración del material captado habrá de tener, fácil es colegirlo, las limitaciones derivadas de la capacitación y del número del personal dedicado a tal tarea, así como de la organización de los servicios de bioestadística que deben elaborar aquel material.

Cuando el pediatra no tenga a su disposición personal capacitado podrá solicitar de la Oficina Estadística o al Registro Civil del área de influencia de su dispensario o Centro o Consultorio, el envío periódico de las cifras necesarias para conocer los aspectos más salientes de la demografía del primer año de vida que, como sabemos, es el que más interesa desde el punto de vista pediátrico-sanitario. Con los nacimientos, las defunciones de 0 a 1 año, las muertes por trastornos nutrodigestivos, neumopatías y afecciones neonatales, podrá hacerse "grosso modo" una composición de lugar sobre la intensidad de la mortalidad infantil y de las principales causas que la alimentan. Estableciendo, por ejemplo, cuántos niños menores de 1 año han fallecido de "gastroenteritis y colitis" (rubro No. 571 de la Clasificación Internacional) por cada 1000 nacimientos animados, obtendrá la tasa específica de mortalidad por aquella causa de defunción. Comparando la tasa obtenida, con la de años anteriores podrá deducir si esa mortalidad aumenta o disminuye, y de la comparación con otros sectores o áreas de población, deducirá si el suyo se encuentra adelantado o atrasado.

En los hospitales se procurará disponer que personal capacitado solicite del Registro Civil, otros hospitales, Oficinas de Estadísticas locales o de otras localidades, los datos necesarios para establecer las características demográficas que ofrecen los trastornos nutrodigestivos agudos y demás grupos patológicos de la infancia. Nos permitimos recordar la utilidad de las tarjetas perforadas ("punch cards") para obtener deducciones estadísticas de interés.

Otro aspecto importante que el pediatra debe controlar en lo que se refiere a elaboración de los datos básicos es que la codificación del material de mortalidad y morbilidad se haga según el lugar habitual de residencia del fallecido y no según el sitio donde se produjo la defunción. De no ser así se corre el riesgo que las

ciudades con hospitales de niños vean sobrecargada su mortalidad con la de pueblos vecinos que envían sus niños graves a dichas ciudades. Alguien podrá decir que esto deben saberlo los empleados estadígrafos, sin embargo, no está de más que los pediatras nos aseguremos de la realización de ese detalle que para el personal no médico puede carecer de importancia.

En los hospitales de niños o en los servicios de internación de niños correspondientes a hospitales generales o policlínicos, la elaboración del material provisto por los trastornos nutrodigestivos agudos es capaz de proporcionar una serie de datos de utilidad para valorar diversos aspectos de la incidencia de tales trastornos. Así pues puede elaborarse con ellos su tasa de letalidad, entendiendo por ésta a la cantidad de fallecidos por cada 100 enfermos de dichos trastornos. Si, por ejemplo, establecemos que en tal servicio un determinado año la tasa de letalidad por síndrome tóxico en lactantes diarreicos es de 10 %, esta tasa no sólo permite evaluar los diversos planes de tratamiento que se han seguido en el servicio, sino también relacionarlo con las tasas de años anteriores, o con las de otras ciudades, provincias y naciones. De esta manera los investigadores podrán demostrar con una base objetiva, la bondad de las conductas terapéuticas que propugnan. Convendrá además cuando se comunican resultados de tratamientos de trastornos nutrodigestivos agudos, agregar algunos datos ilustrativos como los de cuántos enfermos corresponden por cada enfermera, si se dispone de aire acondicionado, si todas las camas están en "boxes", si se retiran moribundos por temor a la autopsia, etc. Creemos que la consignación de estos detalles contribuirá a mejorar el entendimiento entre los investigadores y los pediatras prácticos que son los que habrán de aplicar las inferencias que se hagan de los trabajos realizados por aquéllos. De la tasa de letalidad por trastornos nutrodigestivos puede obtenerse otra consecuencia de provecho: si en tal o cual ciudad o región se conoce que ella es del 10 % y no ha habido este año, supongamos, 25 fallecidos por aquellos trastornos, podremos predecir con un escaso margen de error que al año siguiente la cantidad de enfermos por esas afecciones oscilará alrededor de los 250. De este modo, con suficiente prelación, serán estimadas y adoptadas las medidas necesarias (camas de internación, contratación de personal, acopio o reserva de plasma, drogas, alimentos especiales, etc.) para realizar una terapia ajustada a las reales necesidades. Tal vez en un futuro no muy lejano y si los médicos participamos más directamente en la administración sanitaria, la asistencia de los trastornos nutrodigestivos agudos se podrá cumplir de acuerdo a planes suficientemente calculados y no quedar librados a improvisaciones apuradas.

Existe cierto aspecto de la estadística vital de los trastornos nutrodigestivos agudos del niño que deben interesar a todo pediatra. Sabe suceder en algunos servicios que la letalidad de los casos internados aumenta un año con respecto al anterior. Antes de pensar en deficiencias terapéuticas debe uno asegurarse si lo que ha aumentado es la concurrencia al servicio de casos graves atraídos o por el buen concepto de la asistencia que se presta o por una mayor comprensión de los familiares para internar enfermitos que antes morían en sus respectivos domicilios. El Jefe del servicio deberá interesarse por conocer la cantidad total que anualmente fallece en el pueblo o ciudad por aquellos trastornos y si constata que esa tasa de mortalidad disminuye y que de ese total es cada vez mayor el porcentaje de los que vienen a morir a su servicio, pensará que se va ganando en educación popular sobre la necesidad de internación que tienen los trastornos nutrodigestivos graves.

Los trabajos de elaboración del material estadístico provisto por estos trastornos se verá facilitado si en las fichas o historias correspondientes a cada uno de los rubros a considerar tiene un número de identificación, el cual deberá ser el mismo en todos los servicios cuyos datos serán elaborados. Con estos números se confeccionará el correspondiente código. Procediendo de tal forma se facilitará la tabulación, en especial la mecánica donde se posean máquinas de compilar.

Siguiendo con otros aspectos prácticos que ofrece la elaboración y manejo de datos estadísticos provisto por los trastornos agudos nutrodigestivos del lactante, veamos ahora algunas circunstancias relacionadas con el instrumento unificador y coordinador de la captación y elaboración de dichos datos: la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Muerte, a las que hicimos referencia más arriba. Varios son los defectos que, analizada desde el punto de vista pediátrico, ofrece este importante elemento estadístico del cual nos hemos ocupado en trabajos anteriores (2), (3), (4). El más importante de ellos, creemos, es el que ofrece el titulado capítulo XV "Ciertas enfermedades de la primera infancia" donde no se ofrece ningún rubro para los trastornos nutrodigestivos, quienes son, precisamente, los característicos de la primera infancia. Encontramos que todas las enfermedades detalladas en dicho capítulo son afecciones del recién nacido y se aclara, al comenzar dicha enumeración que se entiende por primera infancia a las primeras cuatro semanas de vida!

La falta de un rubro especial para que los empleados estadígrafos ubiquen las defunciones por trastornos nutrodigestivos hace que la codificación de éstos quede librada muchas veces al



criterio personal de dichos empleados. En una oportunidad pudimos constatar que tres importantes oficinas estadísticas de una misma provincia codificaban las defunciones por "toxicosis" en tres rubros diferentes. Los empleados estadígrafos pueden ayudarse con el Manual de la Clasificación Estadística Internacional (5) que establece los diagnósticos que deben incluirse en cada rubro de dicha Clasificación. Pero en el Manual actualmente en uso, por ejemplo, no figura "toxicosis" entre las afecciones que deben incluirse en el rubro N° 571: "Gastroenteritis y colitis" aunque, entre otros tipos de diarrea, está la "coleriforme".

¿Qué hace un Jefe de Oficina Estadística cuando, como en esta circunstancia debe codificar una defunción cuya causa no figura en aquel Manual? Si tal Jefe fuera médico no habría mayor dificultad; pero la circunstancia generalmente se agrava por que no sólo no es médico el Jefe de la Oficina Estadística sino que ésta a veces depende del Departamento de Economía, Hacienda o Finanzas y no del de Salud Pública, donde el correspondiente asesoramiento resultaría más fácil. Lo ideal sería, no sólo tener esta dependencia, sino que el Jefe de Estadística Vital fuera un médico especializado en esta disciplina y que dicha Oficina dispusiera de un cuerpo de asesores o consultantes entre los cuales no debiera faltar un pediatra en ejercicio activo de la especialidad y que haya demostrado alguna inclinación por las cuestiones de administración sanitaria. Para los pueblos, pequeñas ciudades y distritos rurales el pediatra asesor de la Oficina de Estadística Vital, puede promover el envío a los médicos que atienden niños, de hojas mimeografiadas con instrucciones y directivas que contribuyan en una forma u otra a perfeccionar la estadística de los trastornos nutrodigestivos y demás patología del niño. Donde haya Sociedades de Pediatría, tengan éstas o no Sección o Comités de Bioestadística, podrán ofrecer su colaboración a la correspondiente autoridad bioestadística con el fin que de esta acción mancomunada resulte una asistencia infantil hecha sobre la base real y justa que es capaz de proveer la estadística vital.

Más arriba hemos señalado las deficiencias que ofrece para la codificación de los trastornos nutrodigestivos, la actual Clasificación Estadística Internacional. No obstante tales defectos y hasta su próxima revisión debemos usarla en la forma que nos resulte más útil posible. No existiendo otro capítulo o rubro que se adapte a las bases etiopatogénicas de los trastornos que nos preocupan, deberemos procurar que ellos sean codificados en el actual inciso 571: "Gastroenteritis y colitis", del capítulo IX, "Enfermedades del aparato digestivo". Dentro de tal inciso, y ello está permitido, pueden establecerse subdivisiones para uso local o regional. Así se podría dividir "Gastroenteritis y colitis" en:

571,0 — Sin síndrome tóxico

571,1 — Con síndrome tóxico

Mejor sería para que la medida se cumpla en todas partes, que las autoridades estadísticas de la región fueran quienes establecen el uso de tales subdivisiones.

Acabamos de señalar cómo obviar en alguna forma las deficiencias que desde la atalaya pediátrica ofrece la mencionada Clasificación. Para perfeccionar este importante instrumento estadístico es necesario que en su próxima revisión decenal que tendrá lugar en 1958, sea oída la opinión de las entidades representativas de la pediatría internacional, las cuales a su vez reflejan el sentir de la medicina de niños de las diversas regiones del mundo. Con la suficiente antelación tales entidades deben discutir el aporte que habrán de hacer a la renovación decenal. Personalmente creemos que deberá estructurarse un capítulo sobre afecciones nutrodigestivas del primer año de vida que en la mayor parte del universo constituye aún uno de los principales grupos nosológicos.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido en Londres, dirigido por el Dr. P. Stocks (6), un Centro Estadístico para atender los problemas derivados de la Clasificación Internacional.

#### IV — DE LA UTILIZACION DEL MATERIAL ELABORADO

El enfoque realista con que se hace la presente contribución nos mueve a señalar, después de habernos ocupado de la captación y elaboración del material provisto por los trastornos nutrodigestivos agudos, de la aplicación y empleo que este material elaborado puede tener en la solución de los diversos problemas que aquellos trastornos plantean a la pediatría y a la sanidad de la infancia.

Muchos son los aspectos aun oscuros que este sector de la patología infantil ofrece a la investigación científica. Por lo tanto si se adopta una sistemática estricta para seguir el seguro camino del método, los hechos imprescindibles para un buen planteo de los problemas a investigar no podrán ser establecidos ni valorados sin el auxilio de la estadística, so pena de dejarse llevar por tendencias e impresiones subjetivas o personales.

Si se desea establecer la bondad de este plan de terapia o de aquel régimen dietético en los trastornos nutrodigestivos agudos, habrá que ver los porcentajes de curación que con ellos se obtienen, vigilando con criterio estadístico si estos porcentajes tienen valor significativo relacionados con los controles. Si todos los trabajos que se presentaran al respecto tuvieran no sólo el seña-

lado, sino todos los reparos estadísticos que el actual adelanto de la investigación científica exige, ganaríamos tiempo y esfuerzos en la solución de los aspectos aun no esclarecidos de estos trastornos del lactante. Y tales trabajos nos tomarían menos tiempo para leerlos y ganaríamos también en calidad de lectura. Tal vez no esté muy lejos el día en que, por ejemplo, cuando se presenten estudios o trabajos con estadísticas de porcentajes, se obligue al autor para comunicarlos o publicarlos que tales estadísticas satisfagan el método de "Chi cuadrado" universalmente aceptado.

Aplicando con habilidad los métodos estadísticos el material provisto por nuestra observación, la naturaleza vale decir, nos podrá mostrar aspectos insospechados. En materia de trastornos nutrodigestivos podremos hallar correlaciones capaces de orientarnos hacia la corrección de factores etiológicos y con ello alcanzar las condignas soluciones. Podrá establecerse así por qué esos trastornos son más frecuentes en tal época del año o cuál aspecto del ambiente económico-social es más preponderante en la determinación de dichas afecciones.

A los efectos de facilitar el empleo del material estadístico, convendrá que éste sea consignado en forma tal que su utilización resulte fácil y practicable al médico que investiga, al grupo que discute un problema o al director de un servicio que desea mejorar el rendimiento del organismo a su cargo. Por ejemplo será de conveniencia registrar los diagnósticos de las "altas" utilizando bandejas tipo "Kardek" o un dispositivo similar donde con no más de 10 o 15 anotaciones diarias (no son frecuentes los servicios que tienen mayor cantidad de "altas" por día) y efectuando la suma acumulativa, se podrá en el acto saber cuántos casos de cada enfermedad han sido internados, cuántos curados, cuántos mejorados, etc., sin necesidad de tener que solicitar a uno o dos empleados un trabajo de recopilación que generalmente se termina al cabo de varias semanas. Los datos de morbilidad, como los análisis clínicos del lactante son de mayor utilidad cuando más actuales son y menos tiempo requieren para su correcta elaboración.

El empleo del material estadístico proveniente de los trastornos nutrodigestivos del niño, encuentra una importante y valiosa aplicación en la organización y administración de los programas sanitarios dirigidos hacia la curación y prevención de dichos trastornos. Si no se dispone de tasas de mortalidad por estas afecciones de acuerdo a las zonas, distritos, pueblos, provincias o naciones, difícilmente se podrá tener una idea cierta y ajustada de la incidencia, evolución y gravedad de aquellas enfermedades, ni se podrá compararlas con las de otros grupos nosológicos del lactante: afecciones congénitas o natales y enfermedades transmi-



bles. Las tasas de morbilidad cuando son fidedignas, son también de mucha utilidad. Desgraciadamente son muchos los factores que conspiran contra la correcta captación de los datos básicos de morbilidad por trastornos nutrodigestivos agudos.

Muchos son los problemas de administración sanitaria originados por estos trastornos que encontrarán en la bioestadística una ayuda eficiente para alcanzar las más justas y prontas soluciones. Provisión suficiente de alimentos curativos y profiláticos, de los demás elementos de terapia, cálculo de camas para internación, cálculo del personal necesitado, planes para descentralizar la consulta externa y de directivas para la labor de visitadoras de higiene y asistentes sociales, oportunidad de la lucha contra las moscas y otros vectores, son algunos de los aspectos de la administración de la lucha contra los trastornos nutrodigestivos agudos del niño que pueden beneficiarse del concurso de la estadística vital de este grupo nosológico. Además volvemos a recordarlo, esta disciplina, si se le maneja con espíritu de investigación, es capaz en un momento dado de proveernos relaciones insospechadas que pueden permitirnos alcanzar soluciones prácticas y concretas en el terreno de la administración sanitaria, donde ellas son tan necesarias a fin de agilizar y facilitar la lucha contra las enfermedades que diezman la infancia.

Otro capítulo del empleo de la estadística de los trastornos nutrodigestivos es el que se relaciona con la contribución que ella puede hacer a la educación y divulgación sanitaria. Los números hablan en forma convincente: tanto la modesta madre como el más elevado funcionario son sensibles a los hechos cuando ellos son patentizados por datos estadísticos claramente expuestos.

Una hábil publicación del material bioestadístico de los trastornos nutrodigestivos es capaz de mejorar la prevención y el tratamiento precoz de estas afecciones. Los múltiples y variados medios que tiene la propaganda de nuestros tiempos habrán de ser eficaces colaboradores en la lucha contra estas afecciones que en la mayor parte del mundo constituyen aún la causa de muerte predominante en el primer niño de vida. Si mediante un moderado y oportuno manejo de este material estadístico somos capaces de mostrar a las personas con importantes funciones ejecutivas la transcendencia e importancia que tienen los trastornos nutrodigestivos del lactante, tal vez los pediatras consigamos una mejor distribución de los recursos y elementos sanitarios para luchar con mayor éxito contra tan importante noxa. Y poder aliviarnos así de ese apremiante imperativo de salvar vidas infantiles que tanto nos aflige y nos inquieta.

## V — CONCLUSIONES

- 1º La bioestadística de los trastornos nutrodigestivos del niño es capaz de proporcionar a la pediatría práctica una contribución eficaz a la lucha contra tales trastornos.
- 2º Para obtener dicha eficaz contribución es menester depurar la captación de los datos iniciales de los defectos que pueden invalidar su fidelidad, así como es necesario perfeccionar la elaboración de dichos datos y su posterior utilización.
- 3º En la recolección de los datos referentes a trastornos nutrodigestivos tendrá fundamental importancia la consignación clara, concisa y ordenada del material captado.

## VI — RESUMEN

La pediatría práctica no dejará de aprovechar el beneficioso concurso de la bioestadística si ésta es capaz de proporcionarle directivas claras y efectivas que le permitan aumentar sus probabilidades de éxito en la lucha contra los trastornos nutrodigestivos agudos del niño.

La claridad y corrección con que sean llenados los certificados, fichas, planillas, historias clínicas e informes que se refieran a los trastornos nutrodigestivos permitirá obtener estadísticas veraces y facilitará las investigaciones médicas y no sabemos cuántas otras futuras.

La captación de datos mediante el sistema conocido como "punch card" facilitará las investigaciones.

Hay que vigilar los defectos que vician la recolección de datos, ya que ella constituye un acto básico y fundamental sin cuya corrección difícilmente el proceso estadístico podrá aportar resultados satisfactorios.

Será de utilidad numerar los principales rubros de las fichas, certificados, historias clínicas, etc. a los efectos de facilitar mediante la correspondiente codificación o clave, el posterior manejo y elaboración de aquel material.

En la elaboración de los datos estadísticos referentes a los trastornos nutrodigestivos de la infancia tiene fundamental importancia la suficiente capacitación técnica del personal a cuyo cargo corre dicha elaboración. Debe procurarse que un pediatra en actividad o la Sociedad de Pediatría local asesore a las autoridades que conducen la estadística demográfica.

En los servicios y hospitales de niños la elaboración de los datos concernientes a los trastornos nutrodigestivos agudos se procurará orientar hacia la obtención de resultados de aplicación

práctica: tasas de morbilidad, tasas de letalidad, porcentajes de enfermedades de enfermos que mueren en internación y en domicilio. Mortalidad urbana y rural, mortalidad según zonas de la ciudad, etc.

La elaboración de los datos bioestadísticos proveniente de la patología nutrodigestiva del niño se verá mejorada y corregida con el perfeccionamiento de la Clasificación Internacional en cuya próxima revisión no puede estar ausente la opinión de los principales organismos representativos de la pediatría práctica.

El material compilado proveniente de los trastornos nutrodigestivos agudos encontrará su principal aplicación en los trabajos de investigación sobre la incidencia, etiopatogenia, terapéutica y profilaxis de dicho grupo nosológico. La aplicación del método estadístico de los trabajos motivados por este tipo de trastornos depurará a la investigación médica de muchas contribuciones insuficientes, equivocadas y tendenciosas. También este material bioestadístico deberá aplicarse a la confección y administración de los programas sanitarios de lucha contra tales trastornos.

Un útil empleo de la bioestadística de los trastornos nutrodigestivos puede hacerse con fines de divulgación, no sólo entre las personas con función dirigente y ejecutivas, sino también y especialmente, entre las madres y el público en general, con el fin que se conozcan las medidas preventivas e higiénicas capaces de reducir la morbi-mortalidad, y demostrar los beneficios de la asistencia precoz en centros especializados.

#### VII — BIBLIOGRAFIA

- (1) BOTTINELLI P., "Certificados de defunción", publicación de la Dirección Nacional de Investigaciones Demológicas, 1950, Buenos Aires.
- (2) MENCHACA F. J., "Objeciones pediátricas a la actual nomenclatura de causas de muerte", Archivos Argentinos de Pediatría, 21; 4, enero, 1944.
- (3) MENCHACA F. J., "Problemas estadísticos de la mortalidad", Revista de la Sociedad de puericultura de Buenos Aires, 12; 1, 1948.
- (4) MENCHACA F. J., "Contribución al perfeccionamiento de la estadística vital de la infancia", Anales de la Medicina Pública, 3; 133, 1951.
- (5) MANUAL DE LA CLASIFICACION ESTADISTICA INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES TRAUMATISMO Y CAUSAS DE DEFUNCION, Vol. 1, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1950.
- (6) CRONICA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 5; 145, Mayo 1951.

# Escuelas al Aire Libre

Condiciones actuales. Selección, ingreso y egreso de alumnos

Por el doctor Héctor Mourigan

MEDICO DE LAS ESCUELAS AL AIRE LIBRE

(Montevideo)

## CONDICIONES ACTUALES

Al estudiar las condiciones actuales de las Escuelas al Aire Libre (E. A. L.) nos encontramos con una situación anormal revelada en parte por las estadísticas y en parte por el examen médico de los alumnos.

## ESTADISTICAS

Tiempo de estadía en las E. A. L.

### ESCUELA 161

Clase	0 a 6	6 a 1	1 a 1 ½	1 ½ a 2	2 a 2 ½	2 ½ a 3	3 a 3 ½	3 ½ a 4	Más de 4	Total
1º	29	13	2	3	0	1	0	0	0	48
2º A.	11	0	6	8	4	4	2	2	1	37
2º B.	15	4	8	5	1	1	1	0	1	36
3º B.	5	1	4	3	5	7	5	1	2	33
3º A.	6	0	1	7	3	3	2	4	3	29
4º	6	0	1	3	1	3	0	7	4	25
5º	1	0	0	2	1	1	0	0	5	10
Totales	73	18	22	31	14	20	10	14	16	218

### ESCUELA 162

1º A.	14	11	3	7	2	3	2	0	0	42
1º B.	12	14	11	1	2	0	0	1	0	41
2º A.	13	6	6	11	0	0	1	0	0	37
2º B.	12	8	4	2	1	3	1	1	0	32
3º A.	6	6	5	4	0	0	0	2	3	26
3º B.	3	6	8	5	1	0	0	0	1	24
4º	3	6	8	9	4	3	0	1	1	35
5º	3	0	3	0	0	1	1	2	4	14
Totales	66	57	48	39	10	10	5	7	9	251

(1) Conferencia pronunciada en la Reunión de Técnicos de la División Higiene y Sanidad del Consejo del Niño.



## ESCUELA 163

1º A.	19	2	5	0	0	0	0	0	0	26
1º B.	23	2	0	0	0	0	0	0	0	25
2º	12	3	10	13	7	5	5	1	0	56
3º	10	3	2	0	4	9	5	2	3	38
4º	3	0	1	2	1	4	2	3	8	24
5º	0	0	0	0	0	5	1	1	4	11
6º	1	0	0	0	0	0	0	3	11	15
Totales	68	10	18	15	12	23	13	10	26	195

Debemos hacer notar que cuando se recogieron estas cifras nosotros ya habíamos dado de alta en la escuela 161 a 8 niños de 4º año (1 de 1950, 1 del 51, 1 del 52, 4 del 49 y 1 del 48) lo que llevaría las cifras de 4º a 33 niños y también 8 niños de 5º año (4 del 48, 2 del 50, 1 del 51 y 1 del 52) lo que llevaría las cifras de 5º año a 18 niños y las globales de la escuela a 233. En la escuela 162 habíamos dado de alta a 5 niños de 5º año. En la escuela 163 habíamos dado de alta a 4 niños de 4º (1 del 47, 1 del 48 y 2 del 49), a 5 de 5º (2 del 48, 1 del 49 y 2 del 50) y a 14 de 6º año (1 del 46, 6 del 47, 3 del 48, 2 del 49 y 2 del 50) lo que lleva las cifras totales de esa escuela a 218.

Estas estadísticas revelan que en las tres escuelas se producen los mismos fenómenos. El tercio y en una el cuarto de alumnos tienen una permanencia de más de 6 meses; la mitad o más tienen una permanencia mayor de un año y medio. Es casi obvio decir que la estada indicada para los niños en las E. A. L. es de 6 meses en general y, en muy pocos casos, algo más. También es obvio que si un niño no se ha beneficiado de ellas en 6 meses es muy difícil, y prácticamente imposible, que se beneficie quedándose más tiempo o muy a menudo sucede que la permanencia en la escuela está disimulando una causa patológica que no se ha buscado. También es obvio decir que la eficacia de las E. A. L. no se debe medir por el número total de alumnos que albergue si no por el número de alumnos que en un período determinado de tiempo (por ejemplo un año) han pasado por ellas.

Todavía las estadísticas muestran que existen clases con muy pocos niños como las de 5º y 6º años y otras están superpobladas, como las de 1º y 2º años ya que estas últimas pasan en mucho el número admitido como capacidad pedagógica que es de 25, a lo sumo 30.

Todavía las cifras globales de cada escuela — y lo que nosotros hemos comprobado — muestran que se produce también una insuficiencia —innecesaria— de local, de la parte cubierta, que

se usa frecuentemente en los meses de invierno, determinando además gastos injustificados pues es necesario saber que el costo de mantenimiento de una E. A. L. es, en el Uruguay, de tres veces y media el de una escuela común.

El examen médico confirma lo que ya hacían sospechar las estadísticas, es decir que hay un alto porcentaje de niños, que actualmente concurren a estas escuelas, en perfecto estado de salud, sin que exista por lo tanto una razón médica que lo justifique, desvirtuándose así los fines para los que aquéllas fueron creadas.

Las causas que han determinado esta situación son varias y es difícil poder juzgar la importancia de cada una de ellas no disponiendo de estadísticas bien controladas al respecto y siendo algunas de aquéllas de difícil ponderación.

Vamos a ensayar exponer las causas supuestas, según las informaciones que hemos podido recoger, adelantando que el grado de certidumbre y la frecuencia de cada una de ellas no están aún seguramente determinados, siendo precisamente ello lo que nos mueve a presentar esta comunicación para oír las opiniones de los colegas y de las visitadoras y para pedir se estudien las diversas posibilidades que sugerimos.

Agruparemos las causas a considerar en varios capítulos.

### I. Causas que dependen de Sanidad Escolar

Son las primeras que expondremos por ser las más importantes dado que de acuerdo a la categoría de niños que deben concurrir a estas escuelas el ingreso y egreso de ellos debe estar determinado por el dictamen de los médicos de Sanidad Escolar y por que según veremos las causas de mayor responsabilidad y de mayor volumen dependen de estos últimos. Más si se tiene en cuenta que hay un médico Inspector destinado exclusivamente a estas escuelas y al que cabe el máximo de responsabilidad. Es por ello que, ocupando nosotros en la actualidad ese cargo, hacemos estas consideraciones.

Precisamente creemos que por estar ese cargo en situación anormal durante largo tiempo, por falta del titular, por causas justificadas y siendo ocupado por médicos del servicio, pero interinos en el cargo que también por causas justificadas fueron varios, es que —principalmente— se ha producido la situación actual pues no se pudo ejercer el debido contralor y la adecuada orientación de manera continua y eficaz.

Pero a eso se agrega la falta de indicación, por parte de los médicos y visitadoras que examinan las escuelas comunes, de pases a las E. A. L. Si pensamos en el número de niños que re-

visa cada uno de esos médicos acompañado por una visitadora por día, y multiplicamos esa cifra por el número de médicos destinados a esa tarea vemos que debe llegarse a una cantidad de 150 a 200 niños examinados diariamente, es decir de 750 a 1.000 por semana y entre ellos debe haber algunos que necesitan concurrir a las E. A. L. aunque no sabemos el porcentaje, el que deberá establecerse en el futuro con las medidas que proponemos.

Podría deberse ello a la situación anormal que señalamos que determinó hasta ahora una cierta dificultad en obtener lugares vacantes en las E. A. L.

Sin embargo desde que nos hicimos cargo, hace tres meses, de la vigilancia médica de estas escuelas hemos solicitado reiteradamente a la Jefe de visitadoras y por su intermedio a las visitadoras la selección de niños para las E. A. L. y podemos decir que, salvo los enviados por la Policlínica Médica del servicio central de Sanidad Escolar que dirige la Dra. Mendiivil de Agorio y que alcanzan a dos decenas, pocos o ninguno han llegado a las E. A. L. para ingresar.

No conocemos las causas de esta falta de selección por parte del personal técnico de Sanidad Escolar pero suponemos que sea debido en gran parte a la falsa situación creada por la falta de vacantes, que ya no existe más pues disponemos actualmente de más de 100 vacantes y podemos disponer en el plazo de un mes de alrededor de 500; también a las otras causas que iremos exponiendo en los capítulos sucesivos tales como la resistencia de los maestros a dejar salir los niños de la escuela, sobre todo a esta altura del año próxima al fin de cursos, a la negativa de los padres a enviarlos, etc. Pero creemos que cualesquiera sean las causas pueden ser suprimidas, en su mayoría, por una acción decidida y empeñosa de médicos y visitadoras.

Dejamos sentado que no es esta una acusación pues se ha llegado a esta situación por una lenta evolución a través de varios años y por una suma de factores que tratamos de analizar y que debemos tratar de anular.

## II. — Causas que dependen del personal docente escolar

En la situación anormal que señalamos se había creado una cierta costumbre de las Directoras de las E. A. L. y las de las escuelas comunes a indicar sea los niños que debían ingresar, sea los que debían egresar llegándose a producir, según se nos ha referido, con el más mínimo pretexto un vaivén de los niños retardados, atrasados, indisciplinados, etc., que perturbaban las clases. Y al contrario el deseo de retener en las escuelas a aquellos niños que revelaban una mayor capacidad y que daban brillo a sus

clases. Afanes lógicos de comprender si se sabe que cada Escuela y cada clase es calificada por el rendimiento de los alumnos que se juzga en una visita, creemos que mensual, que realizan los Inspectores de E. Primaria. No podemos decir en cifras en que porcentaje sucedía esto pero sí sabemos que son hechos reales aunque no muy frecuentes y que todos nosotros hemos podido comprobar pues de manera más o menos desembozada se nos han pedido los pases de una a otra escuela o la autorización para dejarlos en la que estaban.

Ultimamente hemos podido comprobar por parte de una de las Directoras de las E. A. L. la retención, durante varios meses, de niños que habían sido dados de alta por el médico que nos había precedido en esa escuela y nosotros hemos sentido toda la resistencia pasiva que nos han puesto, sea porque se trataba de niños capaces, sea porque estábamos cerca de fin de año, sea porque se despoblaban las clases.

También se nos ha dicho, sin poderlo comprobar, que en algunos casos y cuando se trata de niños capaces los maestros hablan con los padres para sugerirles, de diversas maneras, que se nieguen a enviarlos a las E. A. L. y en un caso, se nos refirió, que una maestra había llegado a pagarle los tónicos para que el niño no fuera enviado a estas escuelas.

Aun hay que agregar el afán de las directoras de tener clases de 5º y 6º años, que según dicen da categoría a la escuela, a pesar de ser estas clases las menos pobladas y las que —según lo hemos podido comprobar por el examen médico— estaban formadas por niños que en nada necesitaban de las E. A. L. Eso se ve en las estadísticas con cifras reales y también se ve que se mantenían esas clases con pocos niños a pesar de que las clases de 1º y 2º años estaban superpobladas y los de 5º. y 6º. eran los que tenían más larga permanencia en la escuela.

También idéntico afán de las Directoras para tener escuelas muy pobladas ya que las cifras globales de alumnos eran argumentos de peso para justificar su tarea, sin pensar que lo que interesa no es el número absoluto de niños sino el número de renovación de alumnos.

Además se puede pensar en la natural resistencia a cambiar frecuentemente de alumnos pues eso da mayor trabajo. Por último, y como válido solamente para estos meses, la natural resistencia a dejar salir niños cuando está próximo a finalizar el año escolar.

Algunos de esos motivos estarían basados en el perjuicio pedagógico que se le puede hacer al niño al cambiarlo de escuela, sobre todo si se está próximo al fin de curso. Este argumento no nos convence pues el cambio de niños es una de las característi-



cas, bien conocidas, de las E. A. L. y por consideraciones que haremos cuando estudiemos el actual reglamento de las E. A. L. creemos que no es de importancia.

En justicia diremos también que en la mayoría de las Directoras y maestras hemos encontrado la clara comprensión de la finalidad de las E. A. L. y todo el apoyo que exigía nuestra tarea. También que en reuniones con el Inspector y Subinspectores de E. Primaria, a las que hemos concurrido por iniciativa nuestra, hemos encontrado la misma comprensión y un franco apoyo para corregir estos defectos que señalamos.

Algunas de estas situaciones son difíciles de controlar como la de la influencia que puedan tener los maestros sobre la decisión de los padres; otras lo serán por la ficha que proponemos, por la decisión de no comunicar a los directores y maestros el pase a las E. A. L. hasta que esté aceptado por los padres y otros por la prometida acción de los Inspectores y Sub-Inspectores de E. Primaria que colaborarán, con indudable acción, en convencer a los padres.

### III — Causas que dependen de padres y niños

Las estadísticas también muestran que la mayor clientela de las E. A. L. está, y ha estado, formada por niños de poca edad, de 6, 7 y 8 años y eso plantea de inmediato el problema del traslado de esos niños, de la locomoción y de la ubicación de esas escuelas, todos factores que determinan en parte la concurrencia o no de los niños y la mayor o menor posibilidad de renovación de la clientela de las E. A. L.

Así, a menudo, muchos padres se niegan a enviar sus hijos a las E. A. L. por que situadas éstas distantes de sus domicilios deben enviar a niños de 6, 7 y 8 años solos, a tomar tranvías y ómnibus, a veces dos de ellos, y tienen el lógico temor de los peligros a que los exponen además de los gastos que ello significa.

Por ello vemos que muchos padres aceptan enviar los hijos (y al contrario retiran al menor si se da de alta al mayor) menores si también se da ingreso a los hermanos mayores, que son capaces de guiarlos y cuidarlos o si como sucede en una escuela se dispone de un ómnibus que a determinada hora pasa a recogerlos en las esquinas señaladas, próximas a su domicilio. Sólo la escuela 163 dispone de ómnibus y se debe encargar la posibilidad de disponer de ómnibus para las otras escuelas. También debe considerarse para ahora, y en especial para el futuro, la ubicación de las escuelas pues es evidente que aquéllas que están situadas próximas a las vías de locomoción, como sucede con la de 8 de Octubre y Larrañaga, tienen mayor clientela.

En cuanto a los gastos de locomoción existe un boleto, válido sólo para los tranvías, que es entregado gratuitamente por las Directoras. Ahora que tienden a desaparecer de la ciudad los tranvías habría que gestionar se extienda su validez a los ómnibus o de lo contrario que el Consejo de E. Primaria, reembolsara a la Amdet o la Cutsa de los gastos respectivos contra la presentación de los boletos.

En otros padres la resistencia a enviar sus hijos depende de que se creen que las E. A. L. son establecimientos para niños tuberculosos y pretuberculosos. En esa creencia ha influido mucho la palabra "débiles" con que se califica a estos niños y que en un tiempo usaron todos los médicos para designar a aquéllos que sufrían de procesos tuberculosos. Es necesario por todos los medios y en especial por una propaganda personal y colectiva adecuadas, desvirtuar esa creencia.

Finalmente otros padres al conocer la situación de "débiles" de sus hijos prefieren cuidar ellos a sus hijos y no enviarlos a las E. A. L., deseo que es muy respetable y que en la mayoría de los casos hay que aceptar, sobre todo si los padres están en condiciones económico-sociales de hacerlo adecuadamente.

No sabemos exactamente si hay causas que puedan depender exclusivamente del niño pero a veces ellos plantean a sus padres situaciones emotivas, al no querer separarse de sus compañeros de clase, amigos y vecinos, que convencen a aquéllos.

Al contrario de estas últimas situaciones están los padres que por motivos que señalaremos (deseo de sacar al niño de la casa durante el día porque les dificulta sus trabajos; deseo de aprovechar el beneficio económico que significa el ahorrarse 3 de las 4 comidas diaria del niño) quieren enviar a sus hijos a las E. A. L. y que entonces se valen de todos los recursos para lograr su objeto llegando a pedir certificados, a médicos privados o instituciones públicas, que indiquen la necesidad de que ese niño concurra a esos establecimientos (hemos recibido muchos de esos certificados a veces de verdadera complacencia, a veces justificados) o a pedir recomendaciones a personas de influencia (también hemos visto muchos de ellos) para lograr el ingreso del niño.

Es interesante señalar que al finalizar y al comenzar los cursos regulares de las escuelas comunes se produce una doble corriente en la población de las E. A. L.: por un lado los que al terminar los cursos de las escuelas comunes quieren poner sus niños en las E. A. L. para que se beneficien de ellas, por otro lado los que quieren que el niño tenga vacaciones totales y los sacan de las E. A. L. para que su descanso sea en la ciudad, sea porque toda la familia se traslada a la playa o al interior; al comenzar los cursos también una doble corriente de los que al hacer

ingresar o reingresar a los niños a la escuela quieren aprovecharse de las E. A. L. y de otros que pensando que la enseñanza allí no es tan completa los sacan para enviarlos a las escuelas comunes después de haberlos dejado allí todo el verano.

#### IV — Causas económico-sociales

En otro lugar analizaremos como deben pesar estas causas en las decisiones de los médicos escolares. Aquí sólo tendremos en cuenta como pueden pesar estos factores en la situación actual de las E. A. L. y en la decisión de los padres.

Es de toda evidencia que aquellos padres que cuentan con recursos insuficientes, con mala vivienda, que tienen que trabajar en las horas del día, que están en situaciones familiares irregulares (madres solteras o abandonadas) traten de obtener el ingreso y la permanencia de sus hijos en las E. A. L. aunque no sean de los que deben permanecer en ellas. Y al contrario aquéllos que gozan de las situaciones contrarias (buena vivienda, recursos suficientes, etc.) se niegan a enviar sus hijos a esos establecimientos.

A ese respecto es interesante señalar que la notable mejoría (mayores salarios, seguros de desocupación y de huelgas, viviendas económicas, asignaciones familiares, etc.) que se ha producido en las condiciones económicas de los obreros de nuestro país es una causa determinante de que la clientela de las E. A. L. sea menos numerosa.

#### V — Extensión y aumento de las obras de protección

Son causas vinculadas a las anteriores y que se suman a ellas. Así el aumento notable de las copas de leche escolares y sobre todo de los comedores escolares, situados a menudo muy próximos al domicilio del niño, han hecho que disminuya la clientela de las E. A. L. suprimiendo en especial aquéllos que concurrían a ellas por ser desnutridos por insuficiencia alimenticia. Las asignaciones familiares, según el número de hijos, al determinar el aumento de los recursos familiares ha tenido un efecto análogo.

#### VI — Disminución del número de niños débiles

Desde la creación de las E. A. L. han desaparecido o mejorado una serie de factores que determinaban la existencia de niños débiles. Ya señalamos la mejoría de las remuneraciones obreras, las asignaciones familiares, las viviendas económicas.

También existe una mejor educación del público en la higie-

ne y cuidados de los niños: las vacunaciones sistemáticas y obligatorias disminuyen efectivamente el número de enfermedades que podrían crear esos niños débiles; el adelanto de la medicina y la multiplicación de los servicios de asistencia determinando un mejor estudio y tratamiento de los niños enfermos; la aparición de medicamentos (antibióticos, vitaminas, etc.) que curan más rápido y evitan complicaciones de las enfermedades o permiten una recuperación más rápida o más completa de los convalecientes, son todos factores que han determinado una disminución del número de niños débiles. Sin embargo no creemos que se pueda decir aún que no hay, o que no aparecerán, niños débiles o que no quede un grupo suficientemente grande como para proveer de clientela a las E. A. L.

Sólo hemos querido enunciar las causas posibles de la renovación de niños. Pero el hecho evidente es que por la concurrencia de esos factores, en grado y asociación diversos en cada caso, se ha ido creando un clima de dificultad o imposibilidad de ingreso a las E. A. L. y se ha viciado el mecanismo lógico de los ingresos y egresos, creándose un círculo vicioso (los médicos no dan pases porque no hay vacantes, las directoras no dan altas porque no hay ingresos) que acentúa el defecto y que es necesario romper.

Las causas señaladas existen pero, y lo hacemos notar especialmente, su grado y frecuencia y la documentación que las prueba fehacientemente faltan.

Para tener una certidumbre y para ya comenzar a romper el círculo vicioso que mencionamos restableciendo la normalidad, es que además de otras medidas que tomamos presentamos esta comunicación a la reunión de técnicos de la División Higiene y Sanidad Escolar del Consejo del Niño de modo de poder escuchar las opiniones de los colegas y visitadoras y por otro lado proyectamos la siguiente ficha a usar en Sanidad Escolar, ficha imaginada además para estudiar algunas de las causas de no renovación de niños para dejar documentada la cantidad de pases que da el servicio de Sanidad Escolar.

## DIVISION HIGIENE

## SERVICIO DE SANIDAD ESCOLAR

## PASE A LAS ESCUELAS AL AIRE LIBRE

Fecha .....	Escuela Nº .....	Clase .....
Apellidos: Paterno .....	Materno .....	
Nombres .....	Domicilio .....	
..... Nº .....	entre .....	y .....
Edad .....	Peso .....	Talla .....
		Peso y talla para la



edad ..... y ..... Peso para la talla .....  
 Panículo (escaso, mediano, normal) .....  
 Cutireacción ..... fecha .....  
 Intradermoreacción al 1/ ..... fecha .....  
 Examen radiológico: fecha ..... (Abreu, radioscopía, radiografía) .....  
 Causas por las cuales el Médico Dr. .... o la Visitadora ..... indica el pase .....  
 Se notifica a los padres (en la escuela; en el domicilio) de que conviene que el niño concurra a la Escuela al Aire Libre N° ..... situada en la calle ..... N° ..... y ..... y de que se le gestionará sitio.  
 Fecha ..... Firma del padre o de la madre .....  
 En caso de negativa los padres deben firmar igualmente.  
 Fecha ..... Firma del padre o la madre .....  
 La Visitadora expresará a continuación la o las causas que expresan los padres para no enviar al niño .....  
 .....  
 Firma de la Visitadora .....  
 Resolución de aceptación o rechazo en las Escuelas al Aire Libre por .....  
 Fecha ..... Firma del Médico Esc. Aire Libre .....  
 Escuela al Aire Libre N° ..... Solicitud de ingreso N° .....

#### CONSEJO DEL NIÑO. — DIVISION HIGIENE Y SERVICIO DE SANIDAD ESCOLAR

##### Instrucciones para el uso de las fichas "Pase a las Escuelas al Aire Libre"

Se deben llenar todos los claros. Si hay dos o tres posibilidades se deben tachar las no utilizadas o realizadas: por ejemplo donde dice "abreu, radioscopía, radiografía", si el examen cuyo resultado se enuncia corresponde a un Abreu se tachan las palabras radioscopía y radiografía.

Si el examen radioscópico y las reacciones tuberculínicas tienen más de 6 meses de hechos se deben repetir antes de hacer el pase y de hablar con los padres .

En caso de que la respuesta sea aceptando el pase se enviará el niño con la ficha y todos los documentos que tenga de vacunaciones, exámenes radiológicos, etc., a la Escuela al Aire Libre correspondiente, a la hora 9, los días de ingreso que son:

Escuela N° 162, 8 de Octubre y Larrañaga. Día: LUNES.

Escuela N° 161, Millán y Garzón. Día: JUEVES.

Escuela N° 163, Laguna Merín y Castro. Día: MARTES

Si no se acepta el pase se expresarán la o las causas y se enviará la ficha a la Visitadora Jefe para su remisión posterior al Médico Inspector de las Escuelas al Aire Libre.

Si el niño tiene trastornos mentales o del carácter debe ser enviado a las clínicas correspondientes antes de hacer el pase y antes de hablar con los padres pues pudiera ser más conveniente para el niño concurrir a la Escuela Auxiliar o a la para irregulares del carácter.

En caso de que los padres acepten el pase y después lo rechacen se deberá hacer firmar el rechazo y expresar las causas.

EL PASE de la escuela común donde está el niño, a expedirse por las au-

toridades de ella no será solicitado ni dado hasta que el niño haya sido aceptado para su ingreso a las Escuelas al Aire Libre.

Llamamos la atención sobre los niños (sobre todo los mayores de 9 ó 10 años) que tienen un peso menor que el que corresponde a la talla y sin embargo no son ni desnutridos ni débiles pues tienen un pániculo bien desarrollado, buen estado general y no deben ocupar un lugar en las Escuelas al Aire Libre.

En los pases a las Escuelas al Aire Libre hay que dar preferencia a los niños débiles, desnutridos, etc. Los adenoideos deberán concurrir a la Escuela Marítima. Los pases por causas sociales exclusivamente sólo serán considerados después que hayan sido satisfechas las necesidades de los niños débiles ya que la finalidad de estas escuelas es atender a estos últimos.

No debe prometerse la seguridad del ingreso pero sí hacer notar que si el niño no ingresa de inmediato, se le anotará para que ingrese en cuanto haya lugar. El objeto de esta ficha es conocer: 1) Cuantos niños son indicados para concurrir a las escuelas al Aire Libre; 2) Cuántos aceptan o rechazan; 3) Cuales son las causas del rechazo para buscar manera de solucionar las dificultades que puedan tener los padres en mandar los niños. También el de evitar el ingreso de niños, que por sus condiciones de salud, no deben estar en estas escuelas.

Además en las fichas comunes de cada niño se dejará constancia de la indicación del pase a las Escuelas al Aire Libre y de su aceptación o rechazo, sea por parte de los padres, sea por parte del médico de esas escuelas.

También en los partes mensuales que resumen el trabajo de las visitas se deberá hacer constar el total de pases indicados, los aceptados y los rechazados, sea por los padres, sea por el Médico de las Escuelas al Aire Libre.

A lo dicho en las instrucciones se deben agregar las siguientes recomendaciones para que sea eficaz. En lo posible la indicación del pase a las E. A. L. no debe ser puesto en conocimiento del personal docente de las escuelas comunes hasta que los padres hayan aceptado el pase para evitar la acción del personal que quiere retener los niños. En caso de rechazo por parte de aquéllos se debe solicitar la ayuda del personal docente que por su influencia pueda convencerlos.

Además en las reuniones que hemos realizado con los Inspectores y Sub-Inspectores de E. Primaria se nos ha pedido —y creemos debe hacerse— se envíe una lista semanal o mensual de los niños indicados para concurrir a las E. A. L. a la Inspección Departamental de modo que ellos puedan, o colaborar con el personal docente de cada escuela, a convencer a los padres, o neutralizar la acción de aquel personal que por cualquier razón trate de oponerse o dificultar el pase del niño a las E. A. L.

La ficha debe volver en cualquier caso al servicio central de Sanidad Escolar donde se archivarán las provenientes de las tres escuelas; en el caso de aceptación debe quedar copia de los exámenes y de las causales de ingreso en la ficha que el niño tendrá en las E. A. L.

Deliberadamente y a fin de realizar las modificaciones que la experiencia aconseje la ficha ha sido impresa a mimeógrafo.

### INGRESOS Y EGRESOS

Hasta ahora sucedía con relativa frecuencia que el niño era enviado a las E. A. L. por Directores de las escuelas comunes, a pedido de los padres, a pedido de médicos oficiales o privados, quienes expedían un certificado expresando que el niño necesita-ba ingresar a estas escuelas.

La escuela común expedía el pase y con él el niño ingresa-ba a las E. A. L. sin más trámite, donde después de consumada la aceptación era revisado por el médico.

Y así no debe ser. El ingreso del niño debe ser determinado por los médicos y visitadoras de Sanidad Escolar al examinar los niños de las escuelas comunes o por la Policlínica Médica de la Sede Central de Sanidad Escolar. En cualquier caso aquéllos y ésta podrán considerar el pedido de los Directores de los padres o de otros colegas para pases a las E. A. L. de niños pertene-cientes a escuelas que en ese momento, o ese año, no son exa-minados por el Cuerpo Médico Escolar.

Además como el Médico de las E. A. L. es el que debe deci-dir en definitiva sobre el ingreso del niño conviene que éste acu-da con todos los exámenes realizados (y esto ya lo preve la fi-cha que proponemos) y con todos los documentos de vacunación, pruebas tuberculínicas, exámenes radiológicos (estos dos últimos realizados con no menos de 6 meses de anterioridad) para evi-tar viajes inútiles a padres y niños, pues cualquiera de esos exá-menes podría ya determinar el rechazo de la solicitud de ingre-so por parte de los médicos de las escuelas comunes o su desti-no a otra obra de protección.

Respecto a la aceptación o rechazo definitivos del niño en las E. A. L. quedan libradas al médico de esas escuelas por que pueden producirse tres situaciones que sólo puede resolver el médi-co: 1º El niño merece ingresar pero no hay lugar; queda anotado para la próxima vacante: este caso puede resolverse por consul-ta telefónica entre los médicos o las visitadoras. 2º) Existen si-tios vacantes pero las solicitudes son más numerosas que aqué-llos. Sólo el médico de las E. A. L. puede decidir entre todos los pedidos cuales corresponden a los niños que más necesitan la es-cuela y anotar los otros para las próximas vacantes. Puede plan-tearse el caso de que el ingreso sea pedido por causas sociales (como lo plantearemos más adelante) y estos casos sólo tendrán derecho al ingreso cuando sean satisfechos los por causales de orden médico; 3º) Pase dado por un médico y rechazado por el

médico de las E. A. L. Esta tercera situación no se producirá o se producirá rara vez si nos ponemos de acuerdo sobre el tercer punto que vamos a tratar y que es el de la selección de los niños para enviar a las E. A. L.

En cuanto a los egresos sucedía que muy a menudo se elegían entre los niños que la Directora presentaba o solicitaba a la visitadora que presentara al médico para su alta, pidiendo se dejara o reteniendo a los mejor dotados. No cabe duda que los egresos sólo deben ser indicados por el médico de las E. A. L. al revisar sistemática y periódicamente los alumnos que a ellas concurren.

### SELECCION DE NIÑOS

Es el punto más importante pues es alrededor de él que gira toda la autoridad del médico escolar. Es primordial que se seleccionen los niños con un criterio estrictamente médico eliminando los pases de complacencia solicitados por madres que por diversos motivos desean que el niño esté fuera de su casa, como en un medio pupillaje, eliminando también los pedidos no justificados de los Directores de escuelas. Para ello interesa fijar cual es el criterio a aplicar para indicar los pases.

Las escuelas al Aire Libre han sido creadas para aquellos niños llamados "débiles" que por sus condiciones de salud no pueden seguir los cursos de las escuelas comunes y para que en ellas, sin perder las ventajas de la enseñanza, puedan recuperar su normalidad. En general se admite que no debe hacerse terapéutica en estas escuelas o solamente aquella tónica, coadyuvante. Por lo tanto el beneficio que recibe el niño en esas escuelas es el que pueda obtener del reposo, el sol, el aire libre, una buena alimentación, la gimnasia, los juegos y una tarea de estudios algo menos exigente que la de las escuelas comunes.

Pero interesa precisar a que se llama niños "débiles" aplicando aquí este término para indicar a los que deben pasar a las E. A. L. Creemos que teóricamente no debería existir ese término pues no hay una enfermedad que tenga ese nombre, ya que la "debilidad" es un síndrome más o menos vago en sus signos, que puede responder a diversas causas, y que con el progreso de la medicina debería desaparecer ya que del estudio correcto de cada niño deberá surgir, en la gran mayoría de los casos, la causa de ese síndrome y de ella deberá derivar el tratamiento que determine su curación. Creemos, como ya lo dijimos, que desde que se crearon las E. A. L. los progresos de la Medicina, de la Higiene y la mejoría de las condiciones económico-sociales han determinado una evidente disminución del número de los niños débiles. Sin



embargo aun los hay, sea porque es difícil determinar la causa de sus insuficiencias, sea porque aun no existe tratamiento eficaz conocido o sea porque existiendo éste el plazo de recuperación es largo y durante él el niño puede beneficiarse realmente de una estada en las E. A. L.

Desde luego quedan descartados todos aquellos niños que presentan un trastorno agudo y fácilmente recuperable de su salud; los que presentan un trastorno suficientemente importante como para no permitirle estudiar, jugar, etc. También quedan excluidos los que presenten una enfermedad transmisible y en especial los que presenten lesiones tuberculosas en actividad para los cuales se ha creado el Preventorio de Colón. Existiendo una Escuela Marítima también quedan descartados todos aquellos niños que presentan trastornos que puedan beneficiarse del clima marino como los adenoideos, asmáticos, con secuelas de raquitismo, etc.

No deben ser enviados los niños anormales, retardados, que deberán pasar a la Escuela Auxiliar o los irregulares de carácter, discolos, etc., quienes provocarían peores trastornos en las E. A. L. donde deben estar muchas horas y para los cuales existe la escuela para Irregulares del Carácter.

Quedarían entonces para las E. A. L. los niños desnutridos, los anémicos, los asténicos, los flacos, algunos adenoideos y asmáticos que no se benefician del clima marino, los que hacen pequeñas infecciones a repetición, los inapetentes y en general todo niño que no presente los atributos de la salud en su peso, talla, color de piel y mucosas, resistencia a las infecciones, sueño, deseos de jugar, atención dispuesta y mantenida según la edad, etc. Desde luego que todo esto implica un correcto y completo examen del niño y en especial no guiarse exclusivamente por el peso y por la talla, dado que la comparación con las tablas actualmente existentes en las escuelas muestra que hay muchos niños que presentan un peso inferior al señalado en ellas y que sin embargo tienen un excelente estado de salud. Hay que considerar sobre todo el peso para la edad y para la talla, agregado al panículo, coloración, etc. Aun así nos encontraremos con discordancias que son más frecuentes en los niños próximos a la edad puberal en los cuales el desmesurado desarrollo de los miembros determina una talla para la cual no corresponde el peso sin que el niño sea un desnutrido ni un débil. No podemos entrar en el detalle de todos los procedimientos que se han estudiado para tener índices seguros del desarrollo y crecimiento normales pero creemos interesante que ese tema fuera tratado en estas reuniones de técnicos de Sanidad Escolar por algún otro colega.

Queremos insistir además en que hay que librarse de una falsa seguridad, en la que se puede caer fácilmente, si se cree que to-

do el problema de un niño débil se soluciona enviándolo a las E. A. L. y se despreocupa de buscar la etiología de ese estado del niño, actitud que es la única para llegar a resultados eficaces, más rápidos y más duraderos. A menudo sucede, que sin tratar la causa el niño responde primero bien a esa excitación del aire y del sol, al reposo, a la alimentación y que se recupera algo en los primeros tiempos para después quedarse estacionario o decaer. Es imprescindible que se fije este concepto pues él determina nuestra actitud. Que se envíe o no el niño a las E. A. L., es fundamental tratar de buscar la causa de esa debilidad y ya que el médico escolar no dispone de todos los medios necesarios ni está dentro de sus cometidos el hacerlo, debe indicar a los padres que ese niño debe ser igualmente atendido por su médico particular a los efectos de buscar la causa y hacer la terapéutica que corresponde a ella y la necesaria a su estado general. Sea antes de que el niño pase a las E. A. L. o mientras está en ella se debe tomar esa actitud por parte del médico escolar.

Quedarían aún por considerar como motivo de selección las causas sociales que son invocadas con frecuencia. Y de inmediato hay que hacer notar las siguientes consideraciones: 1º) Que las E. A. L. no fueron creadas con esa finalidad; encaminar a ellas a los niños sometidos a esas causas sería desvirtuar sus fines y mantener en las E. A. L. una población que daría una falsa idea sobre el estado de nuestros niños. Eso mismo hace que examinemos en detalle estas causales y aun con cierta severidad pues teóricamente no tenemos derecho a desviar una obra de los fines para los que fué creada.

2º) Que hay otros establecimientos y organismos de protección a la infancia que tienden a subsanar los déficits determinados por esas causas y hacia los cuales se deben enviar esos niños.

3º) Que plantear la discusión de si las causas sociales son o no un motivo de ingreso a las E. A. L. supone que el niño sometido a aquellas no es un niño "débil". En efecto si lo fuera ya caería dentro de la categoría de los que deben ser admitidos en esas escuelas y no habría discusión.

En seguida surge la pregunta ¿cuáles son las causas sociales que determinan la solicitud de ingreso para niños que no son "débiles"?

Nosotros conocemos hasta ahora sólo una: la de los niños que tienen padres que trabajan en las horas diurnas o nocturnas y que no tienen personas que cuiden de esos niños en las horas del día determinando que esos niños no estudien, o hagan cosas indebidas o perjudiciales para ellos o vagabundeen recogiendo malas enseñanzas, etc. Creemos que esa podría ser una causa de ingreso en las E. A. L. siempre que la situación sea real y bien com-

probada. En efecto más de una vez se aduce esa situación sin que sea real y la verdadera razón es que los padres quieren sacar al niño de la casa. Así una costurera que trabaja en su domicilio y quiere tener su tiempo libre o que el niño no la moleste o no moleste a sus empleadas o a las clientes que concurren; también son pequeños comerciantes que atienden su negocio anexo al domicilio; finalmente son cierta categoría de aprovechadores que fingen esta causa social u otra análoga para que el niño desayune, almuerce y meriende fuera de su casa ahorrándoles los gastos consiguientes. Con mucha frecuencia no hay una verdadera causa social y existe una de las situaciones señaladas.

Por lo que surge la necesidad que cuando se aduzca una causa de esta calidad se envíe a la visitadora a comprobar si realmente los padres trabajan, si el trabajo que aleja a ambos del domicilio es permanente; si fuera transitorio saber cuando termina para reintegrar al niño al hogar apenas cese la tarea extraordinaria; si no hay otras personas de la familia, abuelos, tíos, hermanos que puedan cuidar del niño; si realmente la situación económica justifica el ingreso de los niños a las E. A. L. porque si la situación económica fuera buena, el deseo de los padres de ganar más, si bien perfectamente justificable, no debe hacer recaer la tarea —y el gasto— de cuidar ese niño sobre el Estado; deben soportarlo ellos y o pagar otra persona que los cuide, como hacen muchos, o ponerlo en instituciones pagas. Finalmente en el caso de real insuficiencia económica tener en cuenta si no hay otros organismos del Estado o privados que lo puedan albergar. Un caso especial de estas causas sociales y quizás el único justificado lo constituye el de la madre soltera o abandonada, que debe trabajar en las horas del día solamente y que quiere tener a su hijo consigo. Aquí se debe hacer sentir la acción orientadora del médico y la visitadora para dirigir esas madres a las oficinas jurídicas del Consejo del Niño para que legalmente las ampare y se les gestione la pensión alimenticia que les corresponde, el reconocimiento de la paternidad, etc. o en otros casos enviarlos a la Institución Larrañaga por la posibilidad de una colocación familiar. No se debe creer que todo el problema puede quedar resuelto admitiendo el niño en las E. A. L.

Otras causas sociales no tienen real valor o no deben ser subsanadas por estos establecimientos. Por ejemplo la mala vivienda o no es tan mala que no ha repercutido sobre el estado del niño o hay otras causas (situadas en barrios con mucho terreno libre y mucho sol) que evitan sus inconvenientes. La insuficiencia de recursos, que sería la de mayor importancia, o no repercute sobre el estado del niño o puede ser éste atendido en otros establecimientos como por ejemplo los comedores escolares los que por

su multiplicación, en los últimos años; han disminuído la clientela de las E. A. L. Además la insuficiencia de recursos ha también disminuído mucho en los últimos años por los altos salarios que gana el obrero.

Encaradas así las causales de orden social deben proveer muy pocos niños para las E. A. L.

En resumen: frente a las causas sociales tenemos la siguiente actitud: 1º) Comprobar, eficientemente, por la Visitadora, que son reales y de cierta duración no transitoria; 2º) Que no hay otros medios (establecimientos públicos o privados, subvenciones, etc.) para subsanarlas; 3º) Que ese niño no desplace a aquellos para quienes las escuelas al aire libre fueron creadas.

Creemos que una situación análoga a la por nosotros señalada existe en la Escuela Marítima y en el Preventorio de Colón y sería interesante oír las opiniones de los colegas que están a cargo de esos establecimientos.

---

En resumen he aquí el mecanismo que nos parece mejor para los pases a las E. A. L.:

Los niños de las escuelas comunes seleccionadas por los médicos y las visitadoras deben llenar todos los requisitos de la ficha, de los cuales los más importantes son el examen médico, el examen radiológico y las pruebas tuberculínicas con no más de seis meses de realizados, la causa por la que se envía, la aceptación o la negativa (y en ese caso los motivos de ella) de los padres; enviarlo a la escuela al aire libre que le corresponda por su domicilio el día y la hora fijados y recién después de admitido por el médico de esas escuelas deberá solicitar el pase escolar para no perder su sitio en la escuela común.

Si son el Director o maestros o los padres los que desean el pase a las E. A. L. el niño deberá ser enviado a la policlínica Médica Central de Sanidad Escolar donde se seguirá el mismo trámite.

Cuando se invoquen causas sociales se deberá comprobar su veracidad y considerar si no hay otras obras de protección que lo amparen.

---

Por último repetimos que el interés que nos guía es conocer la opinión de los colegas y visitadoras sobre los puntos planteados, ponernos de acuerdo sobre los niños que deben ingresar y terminar con la situación actual de la que somos los mayores res-



ponsables y de la que se nos atribuye el origen. Iniciar una etapa de colaboración y de contralor que determine el origen de esa situación para juzgar si ella es transitoria o permanente, estableciendo las causales de aceptación o rechazo por parte de los padres y poder afirmar que se necesitará sea el cambio de la ubicación actual de las escuelas, sea disponer de ómnibus que transporten a los niños, sea —en último término— el disminuir el número de alumnos o el número de escuelas, si se comprueba que no hay suficiente número de niños que deben concurrir a ellas de acuerdo a las condiciones de salud que deben determinar su ingreso, o al contrario aumentar su número.

# **Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia**

## **Reunión del Consejo Directivo**

En la ciudad de Montevideo, el dos del mes de junio de 1953, se realizó en la sede del INSTITUTO la reunión del Consejo Directivo del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, a las 10 horas, bajo la presidencia del señor Vicepresidente doctor Joaquim Martagão Gesteira, Delegado Técnico del Brasil, y con asistencia del señor José Luis Castro en representación de Bolivia, el Delegado Técnico de Costa Rica doctor Carlos Sáenz Herrera y el Delegado en Montevideo Prof. Emilio Verdesio; la Delegada de Cuba doctora María Luisa Saldún de Rodríguez; el Delegado de Chile doctor Gaspar Mora Sotomayor; el Delegado de El Salvador doctor Walter Piaggio Garzón; el Delegado de los Estados Unidos de América señor Edward G. Trueblood; el Delegado de México señor Pedro Cerisola; el Delegado de Nicaragua doctor Alfredo Ramón Guerra; el Delegado de Panamá Arq. Luis Daniel Crespo; el Delegado Técnico del Paraguay doctor Ricardo Odriolsola y el Delegado residente en Montevideo doctor Fernando Abente Haedo; el Delegado del Uruguay doctor Julio A. Bauzá; en representación de Venezuela el doctor Rafael Salas, Presidente del Consejo Venezolano del Niño; el Director General del INSTITUTO doctor Roberto Berro; el Jefe Prof. Emilio Fournié. Actúa en Secretaría el Prof. doctor Víctor Escardó y Anaya, Delegado de Ecuador.

Excusan su inasistencia los Delegados Técnicos de Chile, El Salvador y Panamá, doctores Guillermo Morales Beltrami, Marco Tulio Magaña y Srta. Elsa Griselda Valdés, respectivamente. La Embajada de Estados Unidos de América excusa a las delegadas Martha M. Eliot y Sra. Elisabeth Shirley Enochs, que no pueden concurrir.

Fué considerado el proyecto presentado por el doctor Manuel Salcedo, ex-delegado técnico del Perú sobre el establecimiento de un Departamento de Bienestar de la Infancia, lo cual dió lugar a un extenso cambio de ideas; con ese motivo el doctor Carlos Sáenz Herrera sugiere que el INSTITUTO debe ir a la creación de dos o tres oficinas regionales en lugares indicados, pero sin llegar al des-

membramiento del Instituto; se resolvió nombrar una comisión para que estudie este asunto, formada por los Dres. Roberto Berro, Julio A. Bauzá, Prof. Emilio Verdesio y Dr. Víctor Escardó y Anaya. Pasó a estudio de la Dirección General otro proyecto del Dr. Bauzá, para que se realice un estudio sobre los métodos de contralor de la salud física y mental del escolar.

Fué considerada y aprobada la Memoria presentada por el Director General, tomándose en consideración el estado económico del Instituto y aprobándose el presupuesto para el año 1954, que es el mismo del año 1953.

Se dió cuenta de las actividades del Instituto durante el año 1953, entre las cuales figura la realización del segundo curso del Seminario de Trabajo sobre Protección a la Infancia, del cual falta aun por realizar los Seminarios Nacionales, en siete países, de todo lo cual se han publicado noticias detalladas en el Boletín y Noticiario.

Con respecto al X Congreso Panamericano del Niño, se continúan las gestiones que la Dirección General espera obtengan buen resultado.

Con motivo de dar a la Biblioteca una mayor eficacia se determinó estudiar y buscar una pronta realización del método del microfilm, que permitirá extender los servicios de la Biblioteca a toda América.

La comisión encargada del estudio de la mortalidad perinatal con asistencia de los profesores doctores Joaquim Martagão Gesteira, Julio A. Bauzá y Walter Piaggio Garzón, y el doctor Víctor Escardó y Anaya, Secretario del Consejo Directivo del Instituto, después de considerar los diversos informes presentados resuelve, dada la importancia del tema y la necesidad de una más completa información, proponer al Consejo que se continúe estudiando el tema recabándose los informes que no han sido presentados y encargándose al doctor Julio A. Bauzá, Delegado de Uruguay, un resumen de los mismos que presentará en la reunión del Consejo Directivo del año 1954, lo que es aprobado.

Se propusieron también por los delegados de Bolivia y Paraguay se efectúen estudios referentes al niño rural americano en todas sus actividades y a la declaración obligatoria del embarazo, respectivamente.

# **El Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia**

**Segundo Curso. — Año 1953**

En el Boletín N° 102 de setiembre 1952, se dió cuenta del primer Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia, realizado en el año 1952. Continuando el plan, que comprende tres años, desde el 13 de abril hasta el 6 de junio de este año 1953, tuvo lugar el Segundo Curso, siempre dentro del programa de cooperación técnica de la Organización de los Estados Americanos, por intermedio de su Consejo Interamericano Económico y Social y realizado en Montevideo por nuestro INSTITUTO, correspondiendo al proyecto N° 32.

## **ORGANIZACION GENERAL DEL SEMINARIO**

De una manera general, el Seminario se desarrolló dentro del programa del año anterior. Pero este curso fué articulado con un plan algo diferente para darle una mayor eficacia. Las dos primeras semanas, en forma de un ciclo preparatorio, fueron dedicadas a dar una visión teórico-práctica amplia de los principales problemas de la protección a la infancia. Luego se realizaron los siguientes ciclos de temas más especializados. Al terminar el Seminario de Montevideo, dos equipos técnicos irán a los siete países de los que han venidos becados de la O.E.A., realizando en cada uno de ellos Seminarios nacionales.

Este plan continúa efectuando una verdadera colaboración interamericana intercambiando conocimientos y experiencias entre los diferentes países americanos, con el deseo de mejorar la protección a la infancia con el conocimiento mutuo y recíproco apoyo. Concuerda con las orientaciones de la Organización de los Estados Americanos ofreciendo educación técnica y de acuerdo con la finalidad establecida, todas las naciones americanas, sin excepción, comparten sus beneficios, sin necesidad de que soliciten ayuda en este particular.

## **EL SEMINARIO REALIZADO EN MONTEVIDEO**

Durante ocho semanas y de acuerdo con el programa preparado (ver Noticiario N° 84 de abril 1953, pág. 33) se realizaron las clases y visitas en Montevideo como ciudad central, pero hacien-



do varias giras al interior del país.

La alta dirección del Seminario la ejerció el Dr. Roberto Berro, actuando de Director Ejecutivo el Dr. Víctor Escardó y Anaya, que acompañó todas las clases y visitas y de Director de Información y Estudio el Prof. Emilio Fournié.

El primer Ciclo Preparatorio duró dos semanas. A continuación, en forma de ciclos semanales, el segundo fué dedicado a la Protección Social de la Infancia, el tercero a la Protección Médica del Niño, el cuarto a El Niño y la Escuela, el quinto a Legislación y Trabajo, el sexto a Otros Aspectos de la Protección a la Infancia y el séptimo a Estudio y Recapitulación. En este último fueron terminadas las monografías que debían presentar los becarios. Al finalizar cada semana, se efectuó una reunión de los profesores del ciclo, los que presentaron y aprobaron las Recomendaciones.

#### LOS BECARIOS DE LA O.E.A.

Los becados por la O.E.A. fueron los siguientes:

De Costa Rica, el Dr. Edgar Lizano Vargas, Médico pediatra, interno del Servicio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios y Médico auxiliar de Unidades Sanitarias del Ministerio de Salud Pública;

De El Salvador, el Dr. Marco Tulio Magaña, Médico pediatra, Director de la División Materno-Infantil de la Dirección General de Sanidad;

De Guatemala, el Dr. Manuel Antonio Girón, Médico pediatra, Catedrático de Pediatría y Medicina Social, Director de la Sección Materno-Infantil de Sanidad Municipal, Jefe del Servicio de Infantes en el Hospital General de Guatemala;

De Haití, la Srta. Lissa Florez, Maestra, profesora de enseñanza primaria, Ex-Directora de la Institución "Vve. Auguste Paret".

De Nicaragua, la Srta. Isis Porras, Maestra normalista, Educadora de Salud Pública en el Ministerio de Salud Pública;

De Panamá, la Srta. Elsa Griselda Valdés, Asistente Social, Directora de la Escuela de Servicio Social de Panamá, y Directora de Previsión Social, Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública.

#### LOS BECARIOS DE LAS NACIONES UNIDAS

Las Naciones Unidas enviaron a este Seminario cuatro becados:

De Bolivia, el Sr. José Luis Castro Avila, Trabajador en Bienestar Social, Oficial de Carabineros;

De Ecuador, la Sra. Carmen Rosa de González Hidalgo, Miem-

bro Educador de la Corte de Menores;

De México, la Srta. Catalina Esperanza Contreras, Trabajadora Social, Supervisora de Trabajadoras Sociales en la Dirección General de Asistencia;

De Panamá, la Srta. Lilia Rojas Sucre, Trabajadora Social del Departamento de Salud Pública.

### BECARIOS ESPECIALES

Asistieron al Seminario en calidad de becarios especiales:

De Colombia, presentado por el Instituto de Pediatría de la Facultad de Medicina de Montevideo, el Dr. Jaime Tobón Arbeláez, Médico pediatra y Profesor Auxiliar de Pediatría de la Facultad de Medicina de Antioquia;

De los Estados Unidos de Norte América, presentada por la Embajada de su país, la Sra. Estelle F. de Knox, experta en Sociología;

Del Uruguay, por intermedio del Ministerio de Salud Pública, Departamento de Estadística, la Srta. María Angélica Cappeletti y el Dr. Marco Redner, funcionarios del Departamento y el Sr. Libindo Noble Abella, Inspector Instructor del mismo.

### INAUGURACION

De acuerdo con lo programado el Seminario dió comienzo el lunes 13 de abril de 1953, pronunciando breves palabras el Director General, Dr. Roberto Berro, comenzando inmediatamente en la sede del INSTITUTO su clase.

### PRIMER CICLO PREPARATORIO. — PRIMERA SEMANA

Esta primera parte del ciclo estuvo bajo la dirección del Dr. Julio A. Bauzá, Médico, Co-autor del Código del Niño y ex Presidente del Consejo del Niño del Uruguay. Esta semana del 13 al 18 de abril comprendió seis clases en las mañanas, dejando las tardes libres con el objeto de que los becarios se familiarizaran con la ciudad y tomaran contacto con el INSTITUTO para empezar a orientarse en los trabajos que debían presentar.

Las clases abarcaron diversos temas. El Dr. Roberto Berro, médico, Director General de nuestro INSTITUTO, ex-Ministro de Protección a la Infancia, Co-Autor del Código del Niño y ex-Presidente del Consejo del Niño del Uruguay, tomó a su cargo las dos primeras, una sobre "Seguridad Social de la Infancia en el Uruguay" y la otra sobre "Código del Niño". El Dr. Luis M. Petrillo, médico, Director de la División Higiene del Consejo del Niño del Uruguay, se ocupó del "Consejo del Niño". El Dr. José Saralegui, mé-

dico, Director del Departamento de Educación Sanitaria y Sanidad Internacional del Ministerio de Salud Pública del Uruguay, dictó su clase sobre "Educación Sanitaria del Niño". El tema "Servicio Social" fué tratado en dos clases, la primera de carácter preceptivo por la Dra. Isabel Pinto de Vidal, maestra, abogada y Senador Nacional; la segunda por la Srta. Augusta Schroeder, Directora de la Escuela de Servicio Social del Uruguay.

Las clases de carácter teórico se realizaron en el INSTITUTO. La del Dr. Petrillo en la Dirección de la División Higiene del Consejo del Niño, donde todo el personal colaboró mostrando las diferentes dependencias. La del Dr. Saralegui, en el Ministerio de Salud Pública, exponiéndose gráficas, proyecciones y films relativos al tema. La de la Srta. Schroeder, en la Escuela de Servicio Social, recorriendo los becarios sus dependencias.

El sábado 18 de abril tuvo lugar la reunión de los profesores de la semana, los que con los Dres. Roberto Berro, Víctor Escardó y Anaya y Prof. Emilio Fournié, elaboraron las Recomendaciones que se publican en el volumen de "RESUMENES, Segundo Curso" y al final de esta crónica.

El domingo, 19 de abril, el INSTITUTO ofreció a los becarios un paseo a Punta del Este, almorzándose en el Country Club y visitándose los principales sitios de la magnífica ciudad balnearia uruguaya, habiéndose recorrido alrededor de 350 kilómetros.

#### PRIMER CICLO PREPARATORIO. — SEGUNDA SEMANA

Esta segunda parte del ciclo preparatorio fué dirigida por el Dr. José F. Arias, médico, Ex-Director General de la Universidad del Trabajo, Ex-Ministro de Industrias y Presidente de la Sociedad de Medicina del Trabajo. Del 20 al 25 de abril se realizaron seis clases y dos salidas al interior del país.

El Prof. Emilio Verdesio, Ex-Director General de Enseñanza Primaria y Normal, Ex-Consejero del Consejo del Niño, Ex-Consejero del Consejo Nacional de Enseñanza Secundaria y de la Universidad del Trabajo del Uruguay, disertó sobre "Organización de la Enseñanza primaria y secundaria". En cuanto al tema "Organización de la Enseñanza Industrial" y con objeto de conocer de cerca la Universidad del Trabajo, se dedicó un día entero a visitar sus distintas reparticiones, recorriendo por la mañana las Oficinas Centrales, la Escuela de Comercio, la Escuela de Industrias Femeninas y la Escuela de Mecánica y Electrotecnia; y por la tarde el Anexo a la Escuela de Mecánica y Electrotecnia, la Escuela de Artes Gráficas y la Escuela de Artes Aplicadas, acompañados por el Director General Arquitecto Luis O. Nunes y por los distintos Directores de las Secciones. El profesor Julio J. Rodríguez, profesor de

Educación Física, Director General de la Dirección Técnica de la Comisión Nacional de Educación Física del Uruguay, dictó su clase sobre "Educación Física" en el local central, acompañando luego a los becarios a visitar Plazas de Deportes, el Instituto Superior de Educación Física, el Gimnasio Universitario y el Liceo "Batlle y Ordóñez" para señoritas.

El Dr. José P. Achard, Ex-Jefe de Menores, Jefe Letrado de Primera instancia en lo Civil, dictó la clase sobre "Protección de la Familia y del Niño".

Los viajes al interior del país fueron el primero a la localidad de San Ramón, a 80 Km. de Montevideo, donde se visitaron la Escuela Primaria, el Liceo, las Escuelas Industriales Masculina y Femenina y la Escuela Agraria, donde se almorzó. El Ingeniero José L. Sala acompañó al Seminario durante la visita. El segundo viaje fué hacia la Colonia Suiza, donde se visitó la Escuela de Lechería, cuya organización fué explicada por su Director Ingeniero Yahn. De allí, continuando la excursión se dirigieron a la Estación González, en el Departamento de San José, donde en la Escuela Normal Rural se ofreció un almuerzo. Durante ese viaje se dieron dos clases, una del Prof. Ernesto D'Alessandro, maestro, Miembro del Consejo de Enseñanza Primaria y Normal, sobre "El Niño en el ambiente rural" y otra de la Prof. Claudia Tapia de Arboleya, Directora de la Escuela Normal Rural sobre "El Instituto Normal Rural de Estación González".

## SEGUNDO CICLO. — PROTECCION SOCIAL DE LA INFANCIA

Este segundo ciclo tuvo lugar desde el 27 de abril hasta el 2 de mayo de 1953, bajo la dirección de la Dra. María Luisa Saldún de Rodríguez, médica, Profesora Agregada de Medicina Infantil, Jefe del Consultorio de Puericultura Nº 1 del Consejo del Niño del Uruguay. Durante esta semana se realizaron ocho clases y varias visitas.

El Dr. José P. Achard, ya mencionado, dictó una clase sobre "La Familia; su organización" y la Srta. Adela Freire Muñoz, asistente social Jefe del Servicio Social del Consejo del Niño, tomó el mismo tema en forma práctica, visitándose varios grupos de casas económicas en compañía del arquitecto Guarch del Instituto Nacional de Viviendas Económicas y luego el Servicio Social Familiar de la Aguada. El Dr. Víctor Escardó y Anaya, médico, Director Ejecutivo del Seminario, co-autor del Código del Niño del Uruguay, Secretario del Consejo Directivo de nuestro INSTITUTO, se ocupó del problema de la "Colocación Familiar, Adopción, Legitimación Adoptiva". El Dr. Héctor Gros Espiell, abogado, profesor de Derecho Constitucional en los Institutos Normales, trató el te-



ma de las Asignaciones Familiares. La parte práctica de este tema fué motivo de visitas al Consejo Central de dichas Asignaciones y a las Cajas Nros 16 y 31 con sus modernas instalaciones, siendo acompañados en esta visita por el Dr. Elio Fernández Capurro. El Dr. Alberto Munilla, Jefe del Departamento de Alimentación del Hospital de Clínicas y Director de los Cursos de Dietistas de la Facultad de Medicina, dictó su clase sobre "Protección Alimentaria" en el Hospital de Clínicas, el que fué luego visitado en todas sus completas instalaciones, próximas a inaugurarse. El Dr. Bolívar Pereda, Director del Departamento de Previsión Social del Consejo Nacional de Enseñanza, dió su clase práctica sobre el mismo tema recorriéndose varios comedores escolares. El Dr. Newton Knox, Asesor Censal del Instituto de Asuntos Interamericanos en el Uruguay dictó una clase sobre "Censos en relación con la protección a la infancia". El Dr. Adolfo Morales, médico, Encargado de la Oficina de Estadística Vital de la División Higiene del Ministerio de Salud Pública, dió en dicho Ministerio su clase sobre "Problemas Estadísticos", mostrando en detalle las oficinas e instalaciones correspondientes.

El sábado 2 de mayo se reunieron los profesores de la semana y en unión de las autoridades del Seminario elaboraron las Recomendaciones que se publican en el volumen "Resúmenes" y al final de esta crónica.

### TERCER CICLO. — PROTECCION MEDICA DEL NIÑO

El tercer ciclo se desarrolló del 4 al 9 de mayo de 1953, bajo la dirección del Dr. Walter Piaggio Garzón, médico, Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de Montevideo, Director del Centro Materno-Infantil del Consejo del Niño. En el correr de esta semana se dictaron 9 clases, de carácter preferentemente práctico.

El Dr. Julio A. Bauzá, ya mencionado, disertó sobre "El Problema Perinatal del Niño". El Dr. Rito Etchelar, médico, Profesor Agregado de Medicina Infantil, Director de la División Primera Infancia del Consejo del Niño del Uruguay, expuso en la Casa del Niño la "Organización de la División Primera Infancia", visitándose luego en su compañía todas las diversas secciones. "La Prevención y Defensa Social contra la Tuberculosis" fué motivo de dos clases, una del Dr. Ruben Gorlero Bacigalupi, médico, Director del Dispensario Calmette, el que se ocupó del problema del B.C.G. en el Uruguay, mostrando el Dispensario en detalle; la otra del Dr. Luis Mattiauda, Presidente de la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa, que dió motivo a una larga y detallada visita a todas las reparticiones de la misma. Posteriormente los becarios

se trasladaron a la Colonia para asistir a la inauguración de la Campaña Antituberculosa en ese Departamento, donde se les ofreció una cena. De paso visitaron las obras de Protección a la Infancia en Juan Lacaze, de la fábrica de tejidos "Campomar y Soullás" que ofreció un té al Seminario. El Dr. Bolívar Delgado Correa, médico, Encargado de la Sala de Profilaxis de las Cardiopatías Reumáticas del Instituto de Pediatría, explicó en el Hospital Pereira Rossell el alcance de la lucha, visitándose la Policlínica y la Sala correspondiente. Inmediatamente, en compañía del Director del Hospital, Dr. Juan C. Pravia se recorrieron diversas reparticiones de niños, en especial las nuevas instalaciones que serán próximamente inauguradas. A continuación los becarios visitaron en detalle el Hogar del Niño Reumático. El Dr. Conrado Pelfort, médico, Presidente de la Asociación Nacional para el Niño Lisiado disertó en la Escuela Roosevelt sobre "Problemas del Niño Lisiado" y la Srta. Renée Lusiardo, Directora de la Escuela Roosevelt para Niños Lisiados explicó su funcionamiento, mostrando las diferentes clases y talleres. La Escuela ofreció un almuerzo a los becarios. El Dr. Julio R. Marcos, Profesor Agregado de Pediatría e Higiene Infantil de la Facultad de Medicina de Montevideo, dió su clase sobre Higiene Mental en el Hospital Pedro Visca, recorriéndose el Servicio correspondiente y el Dr. Juan C. Chans Caviglia, Médico-Jefe de la Clínica de Conducta y Orientación Infantil de Sanidad Escolar y de la Clínica de Higiene Mental de la Liga Uruguaya contra el Alcoholismo se ocupó del mismo tema en el local de la Sanidad Escolar del Consejo del Niño, asistiendo los becarios a la Clínica de Conducta y Orientación Infantil y luego a la Clínica de Higiene Mental de la Liga Nacional contra el Alcoholismo, donde se les ofreció un lunch.

El sábado 9 de mayo se reunieron los profesores de la semana con las autoridades del Seminario, redactándose las Recomendaciones que se publican en el libro: "Resúmenes" y al final de esta crónica.

#### CUARTO CICLO. — "EL NIÑO Y LA ESCUELA"

El cuarto ciclo duró del 11 al 16 de mayo de 1953, bajo la dirección del Prof. Alberto Alves, Inspector Técnico de Enseñanza Primaria y Normal del Uruguay. Se dictaron ocho clases, preferentemente prácticas y se efectuó un viaje a Ituzaingó en el Departamento de San José, recorriéndose más de ciento treinta kilómetros.

La Prof. Aurelia Amaral de Fernández, Directora del Jardín de Infantes N° 4 del Consejo del Niño dió allí su clase sobre "Pre-escolares", haciéndolo visitar detalladamente; el Dr. Mirassou ex-

plicó la parte médico-social y se vió en funciones el Club de Madres. En el mismo día por la tarde, la Prof. Carmen García de Sánchez, Ex-Directora del Jardín de Infantes "Enriqueta Compte y Riqué" explicó otros aspectos del mismo tema, visitándose el mencionado Jardín de Infantes, dependiente del Consejo de Enseñanza Primaria y Normal. El Prof. Carlos Simón, Director de la División Educación del Consejo del Niño del Uruguay expuso el tema: "La enseñanza en el medio asistencial". En la visita a la Colonia de Educación Profesional de Ituzaingó, dependiente del Consejo del Niño el Prof. Julio Klastornick habló de su funcionamiento, después de lo cual se recorrieron las clases, talleres y zona agraria. Se ofreció allí un almuerzo a los becarios. De vuelta se visitaron las instalaciones de Aguas Corrientes, junto al río Santa Lucía que suministran agua potable a la población de Montevideo. En una visita efectuada a la Escuela Auxiliar para Niños Difíciles Educables, su Directora la profesora Eloísa García Etchegoyen de Lorenzo, Psicóloga clínica, explicó el funcionamiento de la Escuela, almorzándose con los alumnos. La Srta. Sofía Battó hizo una exposición sobre la clase de "Foniatría" del mismo establecimiento. El Prof. José Pedro Puig, Director Técnico Docente de Cinematografía Escolar, mostró en el local propio el alcance de esta sección, en una clase teórico-práctica con variadas proyecciones y grabaciones. A continuación fué visitado el Grupo Escolar Jacobo A. Varela. El Prof. Julio Rodríguez, ya mencionado, planteó en el local central de la Comisión Nacional de Educación Física del Uruguay el problema de la recreación infantil, efectuándose luego un interesante recorrido por la ciudad y sus alrededores en diferentes plazas y parques de recreaciones de niños. La profesora Antonia Lombardi de Martínez, Directora de la Escuela de Sordomudos, en una visita realizada a esta última, explicó su organización recorriéndose las diferentes clases y talleres de las dos escuelas de niñas y varones.

El sábado 16 de Mayo, se realizó la reunión de profesores junto con las autoridades del Seminario, redactándose las Recomendaciones publicadas en "Resúmenes" y que se insertan en este mismo artículo.

#### QUINTO CICLO. — LEGISLACION Y TRABAJO

El quinto ciclo tuvo lugar del 19 al 23 de mayo de 1953, bajo la dirección del Dr. José P. Achard, ya mencionado. En esta semana tuvieron lugar 7 clases.

El Dr. Jorge Carve Gurméndez, Director-Jefe de la Defensoría de Menores disertó en el local de la misma sobre la "Protección Jurídica del menor" visitándose las distintas reparticiones y estu-

diándose su funcionamiento. El Dr. Juan B. Carballa, abogado, Catedrático de Derecho Penal en la Facultad de Derecho y Ex-Consejero del Consejo del Niño, planteó el problema del "Abandono Moral y Material del Niño". El Dr. Francisco Marcora, abogado, Juez de Menores de 2º Turno, se ocupó en el mismo Juzgado de la "Guarda y Tenencia de los Menores" mostrando las distintas secciones. El Dr. Dante Sabini, abogado, Juez de Menores de Primer Turno, trató en su Juzgado de la "Investigación de la Paternidad y Pensiones Alimenticias", examinándose varios casos. El Dr. José F. Arias, ya citado, resumió en una disertación el problema de "El Trabajo de los Menores", habiéndose realizado en otras oportunidades visitas relativas a él. Dentro de esta semana se incluyeron dos clases, dictadas por el Arq. Juan A. Scasso, Profesor de la Facultad de Arquitectura y Director de Paseos Públicos, quien en visitas y recorridas efectuadas por la ciudad y sus alrededores expuso los problemas del urbanismo y de la recreación infantil. También fué visitada la Obra Morquio, para la protección y educación de los menores mentalmente anormales y su Instituto Técnico de Asistencia y Rehabilitación, visita que fué explicada por el Dr. Juan A. Brito del Pino.

El sábado 23 de mayo tuvo lugar la reunión de los profesores de la semana, junto con las autoridades del Seminario, redactándose las Recomendaciones publicadas en "Resúmenes" y que más adelante se insertan.

#### SEXTO CICLO. — OTROS ASPECTOS DE LA PROTECCION A LA INFANCIA

Este ciclo se realizó del 25 al 30 de mayo bajo la orientación directa del Director Ejecutivo. En ella se trataron varios temas complementarios.

El Prof. Javier Gomensoro, Ex-Director del Departamento de Educación Sanitaria del Ministerio de Salud Pública del Uruguay y el Ing. Donato Gaminara, miembro fundador de la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia acompañaron a los becarios a visitar varios establecimientos y obras de carácter privado. Ellas fueron la Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia, la Escuela Agraria del Manga, dirigida por los P. P. Salesianos donde se almorzó y la obra de protección social e infantil que se efectúa en la "Fábrica Uruguaya de Alpargatas" donde se ofreció un lunch.

En una salida al interior que duró dos días, recorriéndose más de 250 kilómetros en ómnibus, se visitaron los Clubes de Niños del Departamento de Maldonado en la Estación Solís y allí el Prof. Oscar J. Maggiolo, Presidente del Movimiento de la Juventud



Agraria del Uruguay, Ex-Director de Enseñanza Primaria y Normal, explicó el alcance de los "Clubes de Niños" asistiéndose a una reunión de uno de ellos y tomando parte en sus deliberaciones. A mediodía fué ofrecido un almuerzo. Pasada la noche en el Balneario Solís, al día siguiente los becarios se dirigieron a Piriápolis donde visitaron los Campamentos escolares allí establecidos, los que fueron explicados por el Prof. Nicasio H. García, maestro, Ex-Inspector Regional de Enseñanza Primaria. Fueron también visitados los locales de Campamentos Internacionales de la YMCA. El Sr. Juan Felipe Yriart, Ex-Presidente del Consejo Económico y Social de la Organización de los Estados Americanos expuso el problema de la "Asistencia Técnica", especialmente los programas desarrollados por la O.E.A.

### CLASES ESPECIALES

Con el objeto de completar los conocimientos del Seminario y dar un panorama más americano, ya que evidentemente la acentuación debía ser lógicamente uruguaya, fueron invitados a dar clases cuatro profesores de Costa Rica, Brasil, Paraguay y Chile. El Dr. Carlos Sáenz Herrera, médico, Jefe de la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios en San José de Costa Rica habló sobre "La desnutrición infantil en el istmo americano" y "El problema médico-social del paludismo". El Dr. Joaquín Martagão Gesteira, médico, Profesor de Puericultura y Clínica de Primera Infancia de la Facultad Nacional de Medicina del Brasil y Director del Departamento Nacional da Criança, actualmente Vice-Presidente del Consejo Directivo del INSTITUTO, se ocupó de la "Complejidad de la protección médico-social del niño; peligros que amenazan al niño en los comienzos de su formación y desarrollo" y de las "Obras de protección médico-social del niño en la lucha contra la mortalidad infantil". El Dr. Ricardo Odriosola, médico, Director del Departamento Materno-Infantil del Ministerio de Salud Pública y Previsión Social del Paraguay se ocupó de la "Protección Alimentaria del Menor". Y finalmente, la Srta. Laura Vergara Santa Cruz, Asistente Social, Asesora en Servicio Social de las Naciones Unidas para la América del Sur, Comisión Económica para América Latina, trató los temas de "Servicio Social de la Infancia" y "Características actuales del Servicio Social en la América Latina y su extensión a las zonas rurales". La segunda de estas clases fué dictada por la distinguida asistente social chilena en la Escuela de Servicio Social del Uruguay.

### ACTO DE CLAUSURA

El jueves 4 de junio en horas de la mañana, se realizó la clau-

surra del Seminario. Inicialmente hizo uso de la palabra el Director General Dr. Roberto Berro y expresó cómo se había llegado al final de este Seminario que ha congregado un escogido grupo de representantes de toda América y que esperaba hubiera sido lo más provechoso posible para todos. Felicitó a los becarios por su labor cumplida y su exacta regularidad a las diversas clases. Expresó su satisfacción porque el Uruguay, nación pequeña y de escasos recursos económicos, luchando con dificultades financieras, ha logrado adecuar las preocupaciones y las soluciones a los graves problemas de la niñez, al modo como lo hacen las grandes naciones, y se hizo eco del sentimiento común manifiesto en todos los participantes de que cuanto no se ha podido realizar materialmente se ha conseguido con la adhesión cálida y el esfuerzo del espíritu.

Recalcó cómo, fuera de las clases ordinarias del Seminario los becarios tuvieron oportunidad de recorrer en gira de estudios, diversos puntos del territorio nacional, donde creía se los había agasajado como lo merecían. Tuvo palabras de agradecimiento por la labor cumplida por los Directores Ejecutivo y Administrativo, Dr. Escardó y Prof. Fournié. Finalmente comentó brevemente la amplitud de las recomendaciones y conclusiones del Seminario, a cuyo interés y longitud se refirió. Concluyó expresando el deseo que a su regreso a sus respectivas patrias cada uno de los becarios se reintegren a ellas con toda felicidad y realicen provechosas actividades a fin de realizar más aún el sentido de unidad de América, que lo es por su geografía, por su raza, por su religión y por sus vínculos de buena vecindad.

Sus palabras fueron muy aplaudidas por los presentes y se procedió luego a la entrega de los diplomas correspondientes. Junto con cada diploma se hizo entrega a cada becario de una bandera uruguaya, símbolo de la hospitalidad brindada, y además se entregó el volumen conteniendo los Resúmenes de las clases, las resoluciones finales y los nombres y direcciones de profesores y becarios, esto último para contribuir al mayor y más íntimo intercambio intelectual ulterior.

En nombre de todos los becarios, tomó luego la palabra el Licenciado Francisco J. Blanco.

Comenzó expresando su sincero agradecimiento y el de todos sus colegas, por el trato amable y la cordialidad con que se vieron rodeados los dos meses del Seminario, y prosiguió diciendo:

"Por dos largos meses hemos disfrutado de la exquisita amabilidad de este generoso pueblo de Artigas; por dos largos meses hemos sido objeto de variados y simpáticos agasajos en esta patria del gran Morquio; por dos largos meses que se volvieron cortos, hemos tenido la suerte de nutrir nuestra mente con la luz in-

telectual de muy distiguídos catedráticos que han logrado insuflar en nuestro espíritu un anhelo mayor de lucha a favor de la infancia. Por todas estas gentilísimas manifestaciones de bondad, frutos exuberantes de la nobleza uruguaya, es que hoy florece en nuestro espíritu, un afecto muy sincero y muy profundo”.

Terminó sus palabras agradeciendo efusivamente al Dr. Roberto Berro, al Dr. Escardó y al Prof. Fournié, todo cuanto habían hecho por ellos durante el Seminario, y a continuación hizo entrega al primero de los nombrados, de un hermoso pergamino. recuerdo de este curso.

### EL PERGAMINO OFRECIDO AL INSTITUTO

Con las firmas de los becarios, representantes de las repúblicas americanas, el pergamino decorado con las banderas de las naciones respectivas, que dice así:

“Homenaje de simpatía y recuerdo al Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, con motivo de la realización del segundo Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección al Niño. Montevideo, mayo de 1953. Los delegados de la Organización de Estados Americanos; y seguían las firmas: por Costa Rica, Dr. Edgar Lizano Vargas; por El Salvador, Dr. Marco Tulio Magaña; por Guatemala, Dr. Manuel Antonio Girón; por Haití, Srta. Lissa Florez; por Honduras, Licenciado Sr. Francisco J. Blanco; por Nicaragua, Srta. Isis Porras; por Panamá, Srta. Elsa Griselda Valdés. De las Naciones Unidas estaban las firmas del Sr. José Luis Castro Avila, por Bolivia; de la Sra. Carmen Rosa de González Hidalgo, por Ecuador; de la Srta. Catalina Esperanza Contreras, por Méjico; de la Srta. Lilia Rojas Sucre, por Panamá. Además constaba la firma de un becario especial de los EE. UU., la Profesora Estelle F. de Knox, y de tres representantes del Ministerio de Salud Pública de Montevideo, íntimamente relacionados por este Seminario, a saber: la Srta. María Angélica Cappeletti, el Dr. Marco Redner y el señor Libindo Noble Abella.

### PASEOS Y EXCURSIONES

Matizando los actos del Seminario se realizaron numerosos paseos y excursiones no sólo en la ciudad de Montevideo y en sus alrededores, sino también al interior del país, de los que ya nos hemos ocupado. En todos esos paseos el Seminario llevó la orientación de unir lo agradable a lo útil y se trataba siempre de contemplar aspectos que directa o indirectamente se relacionaban con los problemas de la familia y del niño.

## CONEXION CON EL PROGRAMA N° 39 DE LA O.E.A.

El día 22 de abril con motivo de la excursión a San Ramón, aprovechando que allí se realiza una parte del programa N° 39 de la Asistencia Técnica de la O.E.A. relativa a "Enseñanza Técnica para el Mejoramiento de la Agricultura y de la Vida Rural" se conectaron los dos programas. Con ese motivo se habían trasladado a San Ramón los Ingenieros Manuel Elgueta y Santiago Antuña que expusieron a los becarios el alcance del programa N° 39 que pudo ser visitado en algunos aspectos. Por su parte el Dr. Escardó expuso a los Directores del proyecto 39 los lineamientos generales del proyecto 32 que estaban realizando los becarios.

## HOMENAJE AL Prof. MORQUIO

Los becarios del Seminario decidieron rendir homenaje al profesor Luis Morquio, fundador del INSTITUTO y colocaron una espléndida corona de flores en su estatua. El Dr. Manuel A. Girón, de Guatemala, ofreció el homenaje con las siguientes palabras:

Sr. Dr. Roberto Berro, Director General del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia;

Sr. Dr. Víctor Escardó y Anaya, Director Ejecutivo de este Seminario Interamericano, y

Sres. Dirigentes y Profesores del mismo;

Señoras y señores:

Mis compañeros del Seminario me han confiado la honrosa misión de llevar la palabra en su nombre, con motivo de este sencillo y significativo homenaje rendido por ellos, al eminente pediatra uruguayo, Luis Morquio.

Todos los integrantes del Seminario conocíamos antes de venir acá, ya sea por referencias o por lecturas, la personalidad del Dr. Morquio. No obstante, ha sido aquí que nos hemos compenetrado de la realidad de Morquio y su trascendental significado. Tal realidad, la hemos apreciado observando el respeto y la veneración que los pediatras uruguayos guardan por el Maestro Morquio, lo cual ha motivado en nosotros profundas reflexiones. En primer lugar, nos hemos percatado de que el pueblo uruguayo reconoce sus grandes valores humanos cuando estos son genuinos, y este reconocimiento de sus hijos meritorios, es para nosotros una muestra de las calidades relevantes de humanismo que tanto engrandecen al Uruguay.

El Instituto de Pediatría Morquio, la Fundación Morquio, la Obra Morquio, la calle Morquio, la estatua de Morquio; qué gratas impresiones para nosotros son estos testimonios de la hidalguía del pueblo Uruguayo, que sabe poner en práctica honestamente aquel decir de "A todo señor, todo honor!" Porque eso es Morquio; todo



un Señor de la ciencia, un señor del espíritu y un señor del Pan-Americanismo.

A Luis Morquio, el Señor de la ciencia; al Pediatra, lo hemos encontrado en el Hospital, leyendo con admiración las historias clínicas hechas con su propia mano y cuidadosamente guardadas en los archivos. Lo completo de estas observaciones, al par de la agudeza de criterio clínico que muestran sus opiniones y lo cuidadoso de su desarrollo, nos llenan de asombro, y nos explican por qué la pediatría uruguaya por él inspirada dentro de la disciplina y el amor al trabajo, ha conquistado en América un puesto de honrosa e indiscutible vanguardia.

A Luis Morquio, el señor del espíritu, lo encontramos por doquier; en efecto, Morquio es el precursor de la pediatría social en este país y por ser este país pionero de la protección de la infancia Americana, Morquio a su vez representa al precursor de la pediatría social en América. Estamos viviendo el "siglo de lo social"; la crisis de los valores filosóficos contemporáneos así lo determina. Sin embargo, debemos recordar que ha sido medio siglo de convulsiones mundiales lo que ha conducido al clima de "lo social" en nuestro tiempo, y que en los albores del 900, especialmente en nuestra América, se vivía en un ambiente de individualismo tranquilo y tradicional. No obstante, Morquio intuye "lo social"; presente su realidad en asilos y hospitales, y avanzando toda una generación, inicia y desarrolla actividades de protección a la infancia, mejora los servicios a su cargo, da iniciativas múltiples, y finalmente, en un momento estelar de su personalidad, sobrepasa las fronteras del Uruguay y de otros muchos países, y se encuentra magnífico a sí mismo, luchando por la protección de la infancia de la América entera. Se nos revela así, Luis Morquio, señor de la protección Materno-Infantil Pan-Americana. Esta nueva manifestación valorativa de Morquio, completa el señorío de su personalidad. 1919, Montevideo; 1922, Río de Janeiro; 1924, Santiago de Chile; todo un lustro de luchas de este caballero de la infancia, para lograr en los Congresos Panamericanos de Protección al niño que se celebraron en las capitales mencionadas, la creación del Instituto Interamericano de Protección a la Infancia. He aquí un nuevo Morquio; el Morquio político, siempre que entendamos la política conforme al pensamiento aristotélico, como la manifestación más noble y sublime de la ética. En esa lucha suprema de su vida, se agiganta el espíritu de Morquio; tal como el Río de la Plata finalmente se hace mar, así la personalidad local de Morquio se hace continental. Pero fijemos conceptos: Morquio por su actuación científica y del espíritu en el Uruguay, ya era una personalidad respetada en el continente; cuando decimos que se hace un hombre de América, queremos expresar el hecho crucial que significa la crea-



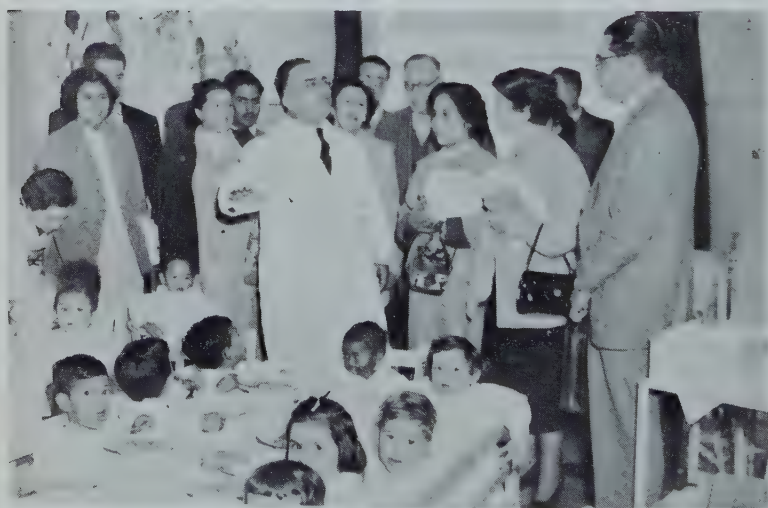
El Monumento al Dr. Morquio, con las flores que ofrendaron los becarios del Seminario



El Dr. Roberto Berro, Director General del Seminario, se dirige a los becarios



En la localidad de San Ramón, conjunción de dos proyectos de Asistencia Técnica de la O.E.A. El Ing. Elgueta, con el Ing. Santiago Antuña, del Proyecto N° 39 y el Dr. Víctor Escardó y Anaya, Director Ejecutivo del Proyecto N° 32, profesores y becarios



Visita a la División Primera Infancia del Consejo del Niño. El Dr. Rito Etchelar explicando a los becarios la organización de la Crèche. Un grupo de niños almorzando.



ción del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, tanto para América como para Luis Morquio. Para América, este hecho representa el reconocimiento de que su infancia es una, de que su juventud es una, y de que su futuro también es unitario; Morquio, quien creara el Instituto, vive por medio de esta realización, la fase cumbre de su existencia. Como dijimos, el Señor de la ciencia y la protección de la infancia en el Uruguay, se convierte en el Señor de la protección de la infancia panamericana. América entera lo está reconociendo ya. América entera tiene una deuda de gratitud con Luis Morquio y las manifestaciones de admiración hacia él, son cada vez más frecuentes en los países Americanos. Hoy nos toca a nosotros, representantes de doce países Americanos, venir a testimoniar frente a la estatua de Morquio nuestro homenaje respetuoso a su obra. Esta manifestación nuestra, después de haber apreciado todas las valiosas enseñanzas que nos ha dado el Seminario, es sincera, y en ella, la gratitud y el amor han superado al deber.

Como pediatra, no puedo terminar esta disertación sin decir algo más sobre Morquio; a los pediatras, Morquio nos dejó un legado: su trayectoria. Ciencia, obra social dentro de la comunidad donde se actúa, pan-americanismo. Tal la trayectoria de Morquio y yo puedo decir que actualmente en América, la gran mayoría de los pediatras han encontrado en ese sendero la razón de su vida y siguen los pasos del Maestro. Pero no debemos olvidar que esa triple concepción del pediatra integral de América, fué creada y practicada por Morquio. El abrió la brecha; los pediatras americanos marchamos gustosos a lo largo del camino iluminado por el espíritu del Maestro.

Recibid Luis Morquio, esta modesta ofrenda floral que los representantes de doce países Americanos rinden a vuestra memoria. Y vosotros, dirigentes del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, recibid nuestra honesta felicitación por haber logrado que este Seminario sea un éxito, que redundará en beneficios para la infancia de nuestros países.

Al decir de Goethe, "sólo lo fecundo perdura", si es así, la obra de Luis Morquio tiene ya un lugar en la inmortalidad Americana. He dicho.

A continuación el Dr. Roberto Berro, Director General del INSTITUTO agradeció los amables conceptos del Dr. Girón en nombre de sus compañeros, haciendo resaltar el valor de la orientación del gran maestro que tuvo una visión tan clara de la protección del niño en el plano nacional e internacional y haciendo votos para que al llegar a sus patrias continúen la labor emprendida por el bienestar de los niños de su país.



### CARACTER ESPECIAL DEL SEMINARIO

El Seminario fué realizado tal como se había planeado. No se trató de un estudio especializado, sino de una visión general de todos los problemas de protección a la infancia, acercándose a los establecimientos para observar de cerca su funcionamiento, sus ventajas e inconvenientes.

La naturaleza de los becarios también estaba de acuerdo con esta línea. Cuatro médicos, un abogado, tres maestras, cuatro trabajadores sociales, una socióloga y dos funcionarios de Estadística Vital constituyeron un conjunto heterogéneo que permitió un magnífico intercambio de impresiones entre gente dedicada a la infancia en distintos países. Adaptándose a esta realidad, el Seminario se preocupó de hacer ver los grandes problemas y las líneas de orientación moderna de la protección a la infancia. Y también puso de manifiesto la utilidad de la unión de los técnicos en estrecha y eficaz colaboración para obtener el fin deseado.

La experiencia ha sido interesante y eficaz. Es de utilidad para todo el que trabaja en una rama de la infancia conocer las inquietudes de los otros especialistas y ver así el conjunto con sus aspectos característicos. Se llega así a una comprensión más completa de toda la amplitud del problema, se conocen sus interrelaciones y se obtiene la ductilidad para dar una solución integral a cada caso.

### LAS MONOGRAFÍAS

Cada becario tomó la obligación de preparar durante el Seminario una monografía relacionada con la infancia. Todos cumplieron ese cometido y el último día las presentaron al Director General. Los temas fueron los siguientes:

**Costa Rica.** — Higiene Mental. Algunos aspectos en el Uruguay, por el Dr. Edgar Lizano Vargas.

**El Salvador.** — La asistencia sanitaria del niño en el Uruguay, por el Dr. Marco Tulio Magaña.

**Guatemala.** — Protección Materno-Infantil y Seguridad Social. Algunas tendencias contemporáneas en la América Latina, por el Dr. Manuel Antonio Girón.

**Haití.** — Organización de l'enseignement primaire en République d'Haití, por la Srta. Lissa Florez.

**Honduras.** — Abandono del menor, por el Lic. Francisco J. Blanco.

**Nicaragua.** — Educación Sanitaria del Niño, por Isis Porras Largaespada.

**Panamá.** — Trabajo Social en Panamá, por Elsa Griselda Valdés.

**Bolivia.** — La prevención de faltas antisociales y un servicio moral tutelar y juvenil, por el Sr. José Luis Castro Avila.

**Ecuador.** — Protección integral de la Familia, por la Sra. Carmen Rosa de González Hidalgo.

**México.** — La Asistencia. El Servicio Social y la Trabajadora Social, por la Srta. Catalina Esperanza Contreras.

**Panamá.** — El trabajo social en la lucha antituberculosa en el Uruguay, por la Srta. Lilia Rojas Sucre.

---

**Estados Unidos.** — Treatment of the Juvenile Delinquent in Montevideo, Uruguay, por la Sra. Estelle F. Knox.

**Uruguay.** — Comentarios sobre natalidad de cada uno de los Departamentos de la República Oriental del Uruguay, por la Srta. María Angélica Cappeletti y el Sr. Libindo Noble Abella.

Las consecuencias perjudiciales del trabajo profesional de las mujeres, por el Dr. Marco Redner.

### SEMINARIOS NACIONALES Y EQUIPOS TECNICOS

El plan general que preside la organización de estos Seminarios consta de dos partes: Una consistente en la realización ya descrita y que tuvo lugar en Montevideo, con la enseñanza y la preparación de las monografías. Y la otra tiene por objeto irradiar a los países de donde han venido becarios de la O.E.A. esas enseñanzas, por medio de Seminarios Nacionales en cada una de esas repúblicas.

Estos Seminarios van a realizarse este año en Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Panamá, bajo la dirección del Delegado Técnico de cada país, con la colaboración del becario correspondiente. Para cooperar a su realización el INSTITUTO envía dos equipos técnicos.

A El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, irá un Equipo Técnico formado por el Dr. Víctor Escardó y Anaya, Director Ejecutivo del Seminario, la Srta. María Rosario Aráoz, Directora de la Escuela de Servicio Social de Lima, Perú, y el Licenciado Francisco J. Blanco, Jefe del Departamento de Educación Sanitaria de la Dirección General de Sanidad de Honduras.

Para Costa Rica, Haití y Panamá irá un Equipo así constituido: Dr. José P. Achard, ex-Juez de Menores del Uruguay, el Dr. Héctor Pedraza, Jefe de la División Materno-Infantil del Ministerio de Higiene de Colombia y la Srta. Adela Freire Muñoz, Jefe del Servicio Social del Consejo del Niño del Uruguay.

## PLANES DE FUTURO

Como este año 1953 se realiza la segunda parte del plan de los Seminarios, en el año 1954 tendrá lugar la tercera, con lo que quedarían incluidas todas las naciones americanas.

## LOS BECARIOS DE LAS NACIONES UNIDAS

El Dr. Miguel Albornoz, Representante de la Junta de Asistencia Técnica de las Naciones Unidas, ha dirigido al Director General de nuestro INSTITUTO una nota de agradecimiento por la oportunidad que el Seminario brindó a los becarios de las Naciones Unidas y de la Organización Internacional del Trabajo, de Bolivia, Ecuador, México y Panamá.

“Los informes mensuales —dice— y el informe mensual de dichos becarios reiteran el agradecimiento de cada uno de ellos por la deferencia que les ha sido dispensada durante las clases, visitas y excursiones del Seminario, así como su aplauso para el desarrollo de las instituciones de Servicio Social que han podido conocer en el Uruguay. Estoy seguro que ellos llevarán a sus respectivos países, junto con valiosas enseñanzas, vínculos duraderos de amistad y gratitud establecidos al calor de la hospitalidad uruguaya, dentro de un programa que así ha venido a colaborar de manera tan eficaz con los fines que persigue la obra de asistencia técnica de las Naciones Unidas”.

V.E.A.

---

A continuación publicamos las Recomendaciones aprobadas en las reuniones de Profesores:

## RECOMENDACIONES DEL SEMINARIO

aprobadas en Reuniones de Profesores al terminar cada ciclo

### PRIMER CICLO PREPARATORIO

#### Aspectos generales de la Protección a la Infancia

I— En relación con la Seguridad Social de la Infancia en el Uruguay:

El niño y la familia deben ser preocupación fundamental de todo plan de “seguridad social”. La unificación de los

sistemas y servicios nacionales de "seguridad social" es una condición de mayor eficiencia y mejor contralor de las prestaciones ofrecidas.

## II — En relación con el Código del Niño:

- 1) El Código del Niño, reuniendo en una sola legislación todo lo referente a los menores, ha representado una conquista social que se desearía ver también realizada en los países americanos que aun no lo hubieran redactado.
- 2) Se considera conveniente que en la legislación integral de la protección a la infancia se establezcan dos secciones: una, la Carta Orgánica de la institución de protección a la infancia; y otra, la parte jurídica que constituiría el "Código" propiamente dicho.

## III — En relación con el Consejo del Niño:

- 1) Que se mantenga la integridad de un organismo central, en tal forma que no se destruya la unidad que ha regido y que debe regir el mecanismo total de protección a la madre y al niño hasta la mayoría de edad. Esta conclusión está robustecida por los resultados que ha dado el actual organismo del Consejo del Niño durante dos decenios y que son, indudablemente, favorables para la protección integral del niño, del joven y del adolescente.
- 2) Como otra conclusión fundamental, que se mantenga la actual coordinación con todos los organismos públicos y privados de protección al niño y que se prosigan todos los esfuerzos ya encaminados, con el objeto de consolidar esa coordinación y ampliarla en la mejor forma posible.

## IV — En relación con la Educación Sanitaria del niño:

- 1) Intensificar la educación sanitaria (higiénica) de padres, maestros y niños, utilizando todos los medios educativos que sean necesarios (publicaciones, proyecciones luminosas, radio, prensa, museos de higiene, aumentando el número de educadores sanitarios, etc.).
- 2) Hacer que el mayor número de niños goce de las ventajas del examen médico periódico y la corrección de los defectos encontrados.

## V — En relación con el Servicio Social:

- 1) La importancia creciente de la asistencia social aconseja la creación de Escuelas de Servicio Social en los países donde no existieran, destinadas a la preparación técnica del personal encargado de:



- a) asistencia social materno-infantil, escolar, liceal y profesional;
  - b) asistencia del hogar necesitado y especialmente en el área rural;
  - c) asistencia en la reeducación de la niñez de conducta irregular y en la prevención de la delincuencia juvenil;
- 2) El Seminario recomienda a todas las instituciones oficiales y privadas, el empleo de asistentes sociales que se ocupen del bienestar del hogar y del niño, técnicamente preparadas y diplomadas.

VI — En relación con la Enseñanza Primaria y Secundaria:

Debe darse a la enseñanza, en el Uruguay como en otros países hermanos de América, su máxima importancia; como base de cultura, formación de Nación, conciencia de los derechos humanos, sentido razonado de la libertad.

Las enseñanzas deben estar íntimamente relacionadas, de modo que la primaria prepare eficientemente al niño para cursar los estudios en la secundaria y en la técnica o del trabajo, y entre éstas se establezca una equivalencia mayor en los programas de enseñanza, por la intensificación de las prácticas y experiencias en la primera y de los conocimientos intelectualistas en la última.

VII — En relación con la organización de la Enseñanza Industrial:

La libertad y la dignidad, de acuerdo con las declaraciones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social de Santiago de Chile, de 1942, son atributos esenciales e inalienables de la personalidad humana. Para gozar plenamente de las libertades fundamentales de pensamiento y expresión, todo hombre y mujer deben estar biológica y económicamente protegidos frente a los riesgos sociales, en función de una solidaridad organizada.

Los programas enseñantes de las diferentes escuelas primarias pueden ser análogos; pero debe establecerse en su irradiación de cultura, en beneficio formativo del niño y del joven, en necesario conocimiento psicológico del alumno y del ambiente hogar, que los maestros vivan en la localidad donde dictan sus enseñanzas.

VIII — En relación con la Educación Física:

La educación física debe integrar en unidad, todos los planes de enseñanza y educación primarios y post-primarios, considerando la perfecta formación: hombre.

La educación física en los establecimientos de enseñanza

secundaria, en los de enseñanza industrial y técnica y en los institutos normales, debe enfocarse teniendo en cuenta las directivas indicadas e imprescindibles para caso especial.

**IX — En relación con la Protección de la Familia y del Niño:**

- 1) Conviene sobremanera intensificar todo lo posible la educación del carácter de los niños en todos los centros de enseñanza.
- 2) Es altamente aconsejable el estudio psicotécnico de todos los educandos, para orientar —de acuerdo con las necesidades del país y sus condiciones personales— la elección de profesión o trabajo, y averiguar para encauzar debidamente su formación, sus tareas psíquicas o deficiencias antisociales.
- 3) Debe procurarse evitar, mediante la creación de organismos técnicos especializados —tribunales familiares y servicio social— la disolución de la familia por el divorcio y la desertión del hogar.
- 4) Deben unificarse los seguros que cubren los diferentes riesgos, instituyendo el Seguro Social integral, el cual incluirá los aspectos no contemplados en la legislación vigente, v. gr. la maternidad.

**X — En relación con el niño en el ambiente rural:**

Las actividades de las escuelas rurales deben ser programadas de acuerdo con las condiciones que impone la vida del campo, pero sin apartarse del anhelo de que el niño del medio rural se desarrolle en un ambiente integral.

La escuela rural ha de tener como fin primordial dar al niño campesino las condiciones de vida elementales, para que ese desarrollo integral sea posible en el ambiente rural.

La escuela rural ha de tener como fin primordial corregir los déficits de vida y de ambiente que obstaculizan el pleno desenvolvimiento del niño, no en el sentido teórico del concepto, sino en la práctica del diario vivir.

La escuela rural debe ser factor de cultura popular y elemento indispensable para la transformación del medio.

**Segundo Ciclo**

**PROTECCION SOCIAL DE LA INFANCIA**

**I — En relación con la familia y su organización:**

- 1) Con la finalidad de mantener la madre, o —por enfer-

medad, incapacidad o muerte de aquella— a la hija mayor al cuidado de los niños, debería asignarse una prima de maternidad a aquellas que permanezcan dedicadas a las labores domésticas o que trabajen solamente a domicilio.

2) Debe establecerse el seguro de maternidad, para cubrir la atención del alumbramiento y gastos subsiguientes.

3) Cabría organizar un servicio de asistencia social doméstica, transitorio, de los menores, en caso de alumbramiento de la madre.

4) Debe organizarse la acción de posesión notoria de estado civil tácito de casados, para quienes mantengan concubinato "more uxorio" durante el término de diez años.

5) Los servicios del Registro de Estado Civil —por su carácter de orden público —deben ser completamente gratuitos; penándose con prisión las omisiones.

## II — En relación con la Colocación Familiar, Adopción y Legitimación adoptiva:

1) Todo niño debe ser engendrado en un hogar estable dentro de una familia organizada y vivir y desarrollarse en esa familia.

2) Debe estimularse en todos los países la preocupación familiar en la legislación, como el medio mejor de proteger a la familia en su más amplio sentido.

3) El abandono del niño debe ser ante todo prevenido. Pero si se ha producido debe buscarse el mayor bien del menor, llevándolo a otra familia que supla en lo posible la suya propia. La colocación familiar, previo estudio completo del menor y de la familia, debe ser preferida a cualquier otro método de protección.

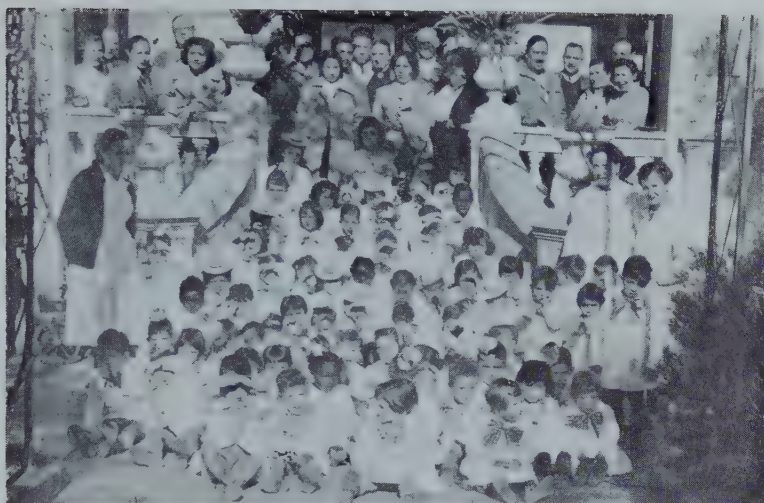
4) La adopción debe facilitarse, orientándose a no en el sentido de resolución de un problema afectivo de los padres, sino del mayor bien del menor.

5) Debe recomendarse el estudio de la legitimación adoptiva dentro de las legislaciones de los distintos países, como meta para la solución del problema del niño abandonado.

## III — En relación con las Asignaciones Familiares:

1) El instituto de las asignaciones familiares constituye un importante e indispensable instrumento de defensa de la niñez y de la familia, que debe ser adoptado en las legislaciones de todos los estados.

2) Sin perjuicio de los distintos fundamentos y de las diversas formas jurídicas que puede adoptar la reglamenta-



En el Jardín de Infantes N° 4 del Consejo del Niño, después de la clase de la Prof. Aurelia Amaral de Fernández, un grupo de preescolares con becarios y maestras

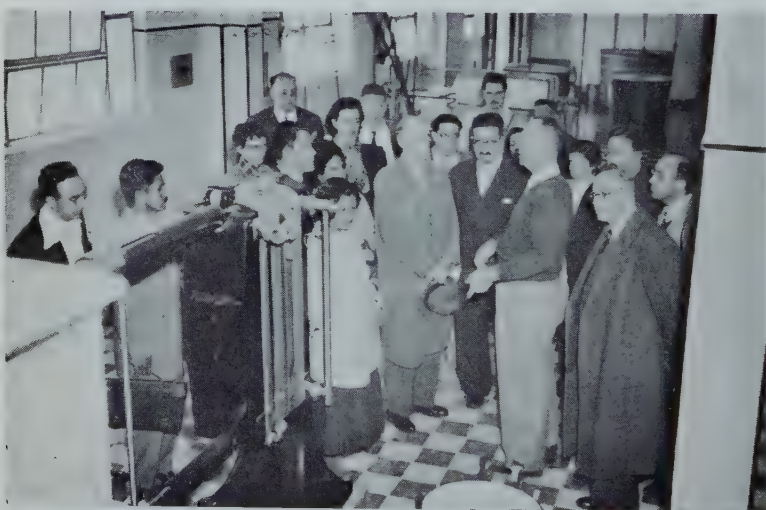


En la Escuela de Sordomudos una maestra enseña a hablar por el método oral, efectuando la lectura labial.





En la Escuela Normal Rural de Estación González, la Directora Claudia Tapia de Arboleya muestra un telar, mientras la alumna prepara un tejido



El profesor ingeniero Yhan describe las instalaciones de la Escuela de Lechería de la Universidad del Trabajo en Nueva Helvecia. Acompaña a los becarios el Dr. Miguel Albornoz, de las Naciones Unidas

ción legal del instituto en los diferentes países, debe tenderse a que dicho beneficio sea universal, es decir, que proteja a los hijos de todos los trabajadores, cualquiera sea la actividad laboral que desarrollen, y que igualmente se extienda a los hijos de los desocupados forzosos.

3) El monto de la asignación debe guardar una razonable relación con el costo de la vida, protegiendo además, especialmente, a las familias legítimas de numerosa prole.

#### IV— En relación con la Protección Alimentaria del Menor:

La protección alimentaria de los menores debe basarse en las necesidades nutricionales peculiares de la edad infantil, en la vulnerabilidad alimentaria del menor y en la importancia que tiene el volumen de la población infantil. Esta protección comprende el mejoramiento de las condiciones de la alimentación popular en general, la distribución gratuita de alimentos a diversos sectores de la población infantil necesitada y a las mujeres embarazadas y en la educación alimentaria popular.

#### V— En relación con los problemas estadísticos:

Es necesario incrementar y perfeccionar en todos los países del continente americano, la bioestadística, como medio de llegar a un conocimiento más perfecto de los problemas del niño.

### Tercer Ciclo

#### PROTECCION MEDICA DEL NIÑO

##### I— En relación con el Problema Perinatal del Niño:

Siendo el problema perinatal uno de los más importantes de la medicina preventiva materno - infantil en el momento actual, y en atención a la tenacidad y resistencia que ofrece a los medios hasta ahora aplicados para reducirla, se justifica:

1º) El conocimiento lo más exacto de las tasas de mortalidad perinatal.

2º) El desarrollo más extenso y efectivo de una buena asistencia alimentaria y médico social de la embarazada, desde los primeros tiempos de la gestación hasta completadas las primeras 4 semanas de la vida del recién nacido, mediante la multiplicación de los consultorios prenatales y de salas para maternidad, disponiéndose de todo lo necesario para una eficaz asistencia tanto de la madre como del

recién nacido, con equipo moderno y personal especialmente capacitado para la asistencia de los prematuros, cuya profilaxis debe ser motivo de especial preocupación.

II — En relación con la Organización de la División Primera Infancia:

- 1) Que en todos los países se aumente el número de servicios materno-infantiles y principalmente en las zonas rurales, de acuerdo a su población infantil, para que la protección integral de la misma sea realizada adecuadamente.
- 2) Que hay absoluta necesidad de dotar a dichos servicios de asistentes sociales suficientes y capacitadas, elementos básicos educativos en la protección del niño y de la familia.
- 3) Que debe considerarse imprescindible para hacer una obra eficiente en la protección integral de la infancia, la coordinación de los organismos oficiales y privados que realizan funciones de esa índole; estimular la creación y contribuir al sostenimiento de las obras privadas; que las autoridades nacionales ejerzan las funciones de supervisión y orientación de todos esos Servicios de acuerdo a las disposiciones establecidas en las legislaciones correspondientes.

III — En relación con la Prevención y Defensa Social contra la Tuberculosis:

- 1) El B. C. G. es en el momento el único medio que ha demostrado acabadamente su eficacia.
- 2) Los accidentes locales o generales que se le han imputado son benignos.
- 3) El empleo del B. C. G. como medio de lucha antituberculosa no invalida los otros medios profilácticos individuales y sociales, sino que por el contrario, deben ser todos utilizados en conjunto.
- 4) Debe procederse a las vacunaciones, toda vez que las reacciones alérgicas tuberculinas se muestren negativas.
- 5) Todos los métodos empleados para la administración del B.C.G. (bucal, percutáneo, subcutáneo, intradérmico, etc.) han demostrado ser eficaces.
- 6) Debe propenderse al mayor conocimiento de los medios profilácticos de lucha antituberculosa, no sólo entre médicos e higienistas, sino entre toda la población, de manera de hacer conciencia colectiva de los beneficios que su empleo produce.

IV — En relación con el Reumatismo:

La protección del niño reumático debe realizarse de un mo-

do integral, como la que se realiza en el Uruguay.

Es menester recomendar a todos los países de América el estudio de este problema y la búsqueda de soluciones análogas o paralelas, incrementando y perfeccionando las organizaciones actuales.

V — En relación con los Problemas del Niño Lisiado:

Los lisiados físicos plantean problemas sobreagregados de naturaleza psicoafectiva, vocacional y laboral, los que exigen una acción terapéutica especializada y completa. La ortopedia, la fisioterapia, la psicología, la pedagogía, la terapéutica por el trabajo, para no citar sino las más importantes, deben cooperar a esa acción terapéutica.

La atención del lisiado debe comenzarse desde la más temprana edad y extenderla al domicilio u hospitales para los niños que no pueden concurrir a la escuela especializada. Así mismo es necesaria la creación de centros de recuperación en las ciudades del interior del país. Es necesaria la promulgación de leyes que amparen al lisiado.

VI — En relación con la Higiene Mental:

1) Propender a difundir los conceptos de la higiene mental a los fines de prevenir las enfermedades y trastornos psíquicos; corregir y encauzar tempranas tendencias de anomalías en el niño y completar todos los aspectos de la higiene mental infantil; cooperar en el hogar y la escuela por medio de las clínicas de higiene mental, de la educación y la asistencia social.

2) Que se fomente el funcionamiento de clases especiales destinadas a los niños que por motivos diversos no se encuentran en condiciones de asistir a las clases comunes, en el mayor número posible de escuelas primarias, a los fines de que ningún niño considerado escolarizable pueda quedar sin instrucción.

### Cuarto Ciclo

### EL NIÑO Y LA ESCUELA

I — En relación con los Preescolares:

1) Dada la importancia que la educación preescolar tiene para el desarrollo de la vida futura del niño, es necesaria la creación, a medida que los medios lo permitan, de mayor número de instituciones para preescolares.



- 2) Se recomienda, dado los eficaces resultados obtenidos en los Jardines de Infantes del Consejo del Niño, para cumplir con el cometido social que se propone, que además de contar en todas las instituciones de la misma naturaleza, con una Comisión Fomento, se creen Asociaciones o Clubes de Padres.
- 3) Debe intensificarse la vinculación entre los padres y maestros ya que ello redundará en un bien para la infancia.

## II— En relación con la enseñanza en el medio asistencial:

- 1º) Si bien es básica la labor de enseñanza, los educadores no deben olvidar que su tarea más especial y de fondo es la de readaptación social de la mayoría de los niños y adolescentes bajo su custodia.
- 2º) La enseñanza en estas casas debe atender la labor de alfabetización en primer término, la ampliación de conocimientos en todos los grados de la enseñanza primaria y la capacitación para diversos estudios a los alumnos que estén en condiciones de seguir ciclos de estudio liceal, industrial o de otros centros docentes.
- 3º) Como el internado no es el ideal de la vida del niño, hay que tratar siempre que sea posible, de enviarlos a la escuela pública que es el ambiente donde se confunden los niños de todas las clases sociales en una igualitaria convivencia.

## III— En relación con el Cine y Radio en la Enseñanza:

- 1) Ratificar en general todas y cada una de las conclusiones aprobadas en el Seminario Interamericano de Educación Primaria (Montevideo, 1950) y Seminario de Trabajo sobre Administración de Servicios de Protección a la Infancia. (Montevideo, 1952).
- 2) Señalar la importancia que, para el mejoramiento de la educación en América Latina, tiene la experiencia que realiza el CREFAL (Centro Regional de Educación Fundamental para América Latina).
- 3) Recomendar a los gobiernos que ofrezcan las mejores oportunidades a los becarios egresados del CREFAL, con la finalidad de hacer extensivos a los países americanos, dentro de las condiciones propias de cada República, el concepto, objetivos y formas de realización de la Educación Fundamental.

## IV— En relación con el empleo de las horas libres; recreación:

- 1) El tiempo libre de los adultos y jóvenes en aumento

por nuevas condiciones de la organización social del trabajo y de las instituciones educativas, ha llegado a constituir un verdadero problema en la medida en que ese tiempo libre no se usa en forma adecuada o, por el contrario, se invierte en formas de entretenimiento o diversión nocivas para la salud física y mental o entorpecedoras de la expresión de la personalidad en el esfuerzo creador que caracteriza al fenómeno psicobiológico y cultural del juego de jóvenes y adultos, forma natural del empleo del tiempo no requerido por las necesidades biológicas y sociales inmediatas y el quehacer del que dependen el sustento y la capacidad adquisitiva de las cosas necesarias o gratas.

2) La comercialización de estas formas de diversión, la propaganda interesada y la explotación altamente organizada de las mismas, hacen de la cuestión una de las preocupaciones que más deben pesar en educadores (comprendida la familia) y conductores sociales y políticos de los pueblos.

3) La solución del problema está en la realización de un proceso educacional en torno al uso del tiempo libre y en el desarrollo de un sistema de centros de recreación, en el más lato sentido, que den amplísima oportunidad de satisfacer, a un tiempo, la necesidad biopsíquica que crean los naturales impulsos lúdicos y la de llenar, con actividades axiológicamente positivas, las horas libres.

4) Tales centros deberán cumplir vastos programas que contemplen las más variadas formas de recreación motora, sensorial e intelectual, incluyendo principalmente los deportes y juegos, actividades de destreza manual, actividades de expresión dramática (danzas, representación escénica, canto, música, etc.), certámenes literarios y artísticos, conferencias etc. creando, asimismo, centros de interés colectivos, y facilitando la integración de los individuos en la comunidad.

Los centros de recreación deberán atender también al fomento de actividades prevocacionales y de servicio social.

5) Están en juego en la cuestión del uso del tiempo libre no sólo preciosos bienes individuales como la salud, el bienestar y la expansión y expresión adecuada de la personalidad con sus proyecciones sociales obvias, y sus consecuencias culturales y cívicas, sino también, a través de la integridad orgánica y mental de los individuos, la potencialidad económica y técnica de los estados.

6) Se recomienda intensificar en todos los países de América el plan que, como el seguido por la Comisión Nacio-

nal de Educación Física del Uruguay, desarrolla sistemáticamente plazas de deportes, centros de recreación y Campus, para la solución completa de la cuestión del tiempo libre y la recreación pública, dentro de la más absoluta igualdad de clases y respeto a la individualidad de los ciudadanos.

V— En relación con la Enseñanza Especial:

- 1) Intensificar el estudio psíquico y físico de los niños, a efecto de orientar adecuadamente a aquellos diagnosticados como excepcionales y atenderlos desde temprana edad. Con ese objeto deben establecerse Escuelas Especiales con régimen de semi-internado, como el más aconsejable.
- 2) Los maestros que se dediquen a la enseñanza especial, deben realizar cursos de especialización, pasando previamente por exámenes de aptitud y de personalidad.

VI— En relación con el problema de los Sordomudos:

- 1) Que en todos los países se encare el problema de la educación del sordomudo, procurando el mayor beneficio para él y para la sociedad.
- 2) Que la habilitación del sordomudo para la vida social se procure con la enseñanza impartida por el método oral y con su capacitación para el trabajo útil y productivo.
- 3) Que se estimen en su justo valor los vestigios auditivos que el examen audiométrico evidencie en el sordomudo, recurriendo a los modernos métodos de otoamplifonos y microfónicos para llegar, cuando es posible, a la percepción de la palabra y mejorar su emisión.
- 4) Que se estimule el desenvolvimiento de la enseñanza con el intercambio de informaciones internacionales.
- 5) Que se procure a las Escuelas de Sordomudos, edificio apropiado, convenientemente ubicado para que llene sus fines y equipado en la forma que exige la moderna pedagogía.

Quinto Ciclo

LEGISLACION Y TRABAJO

I— En relación con la protección jurídica y el trabajo de los menores:

- 1) Necesidad de preocuparse más activamente del menor personalmente responsable —mayor de diez y ocho años— instituyendo un régimen reeducativo adecuado.
- 2) Conveniencia de establecer tribunales familiares que

se encarguen de todos los problemas jurisdiccionales referentes al divorcio y separación de cuerpos, de estado civil, patria potestad, paternidad y filiación; los cuales estarán ayudados en sus tareas por departamentos de servicio social.

3) Imprescindible necesidad de crear tribunales de alzada, especializados para entender en todos los problemas relacionados con el menor o la familia.

3) Procedencia de estatuir el régimen de señalamiento de pensiones alimenticias provisorias en todos los juicios de alimentos.

5) Conseguir una interrelación entre el taller y la escuela laboral, por medio de la aceptación de aprendices remunerados en talleres cooperativos anexos.

6) Exigencia de especialización en los técnicos encargados de examinar a los obreros menores para la declaración de habilitación para el trabajo.

#### Sexto Ciclo

### OTROS ASPECTOS DE LA PROTECCION A LA INFANCIA

#### I— En relación con la obra privada:

La Protección privada, debe estar coordinada con la protección del Estado, en las obras dedicadas a tutelar la salud física y moral y el desarrollo intelectual de los niños. Debe buscarse que esa protección se logre por la armonía de todos los esfuerzos de una comunidad o de un país, y otorgarse sin tener en cuenta ninguna consideración de raza, nacionalidad o religión.

#### II— En relación con la Asistencia Técnica:

1) En el campo de la cooperación social y económica internacional, la asistencia técnica es un instrumento de trabajo de gran eficacia.

2) Los trabajadores en estas actividades deben intentar crear una conciencia nacional sobre los programas de asistencia técnica, haciendo énfasis en su naturaleza cooperativa, según la cual todos los partícipes no sólo se benefician, sino que también son fuentes de nuevos conocimientos y experiencias.

3) Es necesario que los diferentes programas de asistencia técnica existentes se utilicen, dentro de lo posible conjunta y coordinadamente, para atacar los problemas en sus diferentes fases: estudio, definición y proyecto de solución,



con la cooperación de las Naciones Unidas; establecimiento del servicio para atender necesidades inmediatas, en colaboración con el Programa bilateral de Estados Unidos y preparación y mejoramiento de técnicos nacionales, dentro del Programa de Cooperación Técnica de la Organización de los Estados Americanos.

### III— En relación con los campamentos escolares:

Es menester, por razones biológicas, higiénicas y sociales, incrementar la realización de campamentos y colonias de vacaciones que permitan que los niños de las ciudades estén atendidos durante este período en su alimentación y en su cuidado físico y moral.

Estos campamentos y colonias son útiles en el sentido de establecer una rotación o desplazamiento de niños de los distintos medios del país a otros, por ejemplo de las regiones mediterráneas a las playas o del medio ciudadano hacia la tierra o los ríos, cuando las condiciones psicofísicas así lo recomienden.

### IV-- En relación con los clubes de niños:

- 1) Recomendar la fundación de los Clubes de Niños con el objeto de despertar en la infancia el espíritu de unión, de trabajo y de formación espiritual y moral.
- 2) Recomendar que se realice una vigilancia médica continuada para proteger la salud del niño rural, tratando de mejorar el ambiente en que actúa, e instruyendo adecuadamente a los maestros, padres y niños sobre los problemas que plantea el cuidado de la salud.

## Conferencias y Congresos

### XIV CONGRESO DE LOS PEDIATRAS DE LENGUA FRANCESA

Bruselas, Bélgica. 13-15 de mayo de 1953

Los días 13 al 15 de mayo próximo pasado tuvo lugar en Bruselas, bajo la presidencia del Prof. R. Dubois el XIV Congreso de la Pediatría de Lengua Francesa.

Los relatos presentados fueron los siguientes:

I) **Anoxia:** 1) Fisiopatología general de la anoxia. (D F. Contamin, París). 2) Síndromes clínicos de anoxia en el lactante y en el niño. (Dr. G. Voussure, Bruselas). 3) Fisiología de la respiración del recién nacido y del prematuro. (Prof. A. Lambrechts, Lieja). 4) Anatomía patológica de la anoxia neonatal. (Dr. A. Heraux, París). 5) Clínica de la anoxia neonatal (Dr. Feuillen, Lieja). 6) Las consecuencias neurológicas alejadas de la anoxia (Dr. G. Tardieu, París). 7) Terapéutica y profilaxia de la anoxia neonatal (Dr. J. R. Grislain, Nantes).

II) **La utilización del potasio en Pediatría:** 1) Fisiopatología general del potasio (Dr. H. van Wien, Bruselas). 2) Diagnóstico terapéutico general de las alteraciones del metabolismo del potasio. (Prof. R. Sacrez, Estrasburgo). 3) Aplicaciones terapéuticas especiales. (Dr. Ph. Latières y Dra. M. L. Boute, Bruselas).

III) **El pronóstico de la meningitis tuberculosa tratada por la estreptomycin:** 1) El pronóstico de los dos primeros años. (Dr. J. Nameche, Bruselas). 2) El pronóstico alejado. (Prof. Denys, Lovaina; Prof. Hooft, Gante; Dr. Michiels, Lovaina).

---

### OCTAVO CONGRESO INTERNACIONAL DE HOSPITALES

Londres, Gran Bretaña. 25-30 de mayo de 1953.

El Octavo Congreso Internacional de Hospitales, acordado por la Federación Internacional de Hospitales, se realizó durante la semana comprendida del 25 al 30 de mayo próximo pasado.

El Presidente del Congreso fué el doctor René Sand, profesor emérito de medicina social de la Universidad de Bruselas, y Presidente de la Federación.

El tema principal del congreso fué medicina preventiva como función mayor del hospital, y sus implicaciones. Este asunto se es-

tudió en sesiones plenarias, dividiéndolo en cuatro tópicos: 1) proyecto y construcción; 2) administración; 3) cuidado médico y de enfermería, y 4) servicios de auxilio social y de bienestar social. El objeto de estas discusiones fué determinar la manera en que la práctica hospitalaria puede adaptarse, a fin de prevenir el ataque de las enfermedades, de contener su avance y de prevenir también su recurrencia.

La labor y discusiones se relacionaron con la labor de las comisiones permanentes de estudio e investigación de la Federación Internacional de Hospitales, las cuales se reunieron durante el Congreso. Además se dedicó una sesión a discusiones generales en grupos, sobre tópicos que estaban fuera del terreno que abarcaba el tema principal.

Al mismo tiempo que el Congreso, hubo una exposición de equipo y materiales de hospital.

---

## PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE BIBLIOTECARIOS MEDICOS

Londres, Gran Bretaña, julio de 1953.

Se prosiguen activamente los preparativos para el Primer Congreso Internacional de Bibliotecarios Médicos, que tendrá lugar en Londres, en julio del corriente año, bajo la presidencia de Sir Cecil Wakeley, presidente del Royal College of Surgeons of England. El Congreso cuenta con el amplio apoyo y colaboración de los círculos culturales y científicos internacionales y se han recibido inscripciones desde más de 20 países. El programa provisional, que se está distribuyendo actualmente, da la primera nómina de vicepresidentes de honor entre los cuales figuran los directores de las principales bibliotecas médicas del mundo.

El Congreso se está organizando en forma de una serie de simposios, donde se tratarán temas tan importantes como la educación y formación de bibliotecarios, la organización de nuevas bibliotecas médicas, los servicios de información e intercambio y la cooperación internacional entre bibliotecas médicas. Al margen de las sesiones técnicas oficialmente preparadas, se ha organizado un programa completo de visitas a bibliotecas y otras instituciones médicas, y las funciones sociales comprenden recepciones dadas por los principales organismos médicos de Londres.

Se invita cordialmente a todos los bibliotecarios y bibliotecarios médicos y demás profesionales interesados, a que asistan al Congreso. Los congresistas podrán alojarse en condiciones sumamente favorables en el Albergue de la Universidad de Londres.

Otra información que se desee debe solicitarse a los Secretarios Honorarios First International Congress on Medical Librarianship, London School of Hygiene, Keppel Street, London W.C.1.

## II CONGRESO DE LA SECCION BRASILEÑA Y I PANAMERICANO DEL COLEGIO INTERNACIONAL DE CIRUJANOS

Curitiba-Paraná, Brasil. 5-9 de octubre de 1953.

La Sección Brasileña del Colegio Internacional de Cirujanos realiza cada dos años un Congreso Nacional, de acuerdo a sus estatutos y reglamento.

Para el año 1953, por invitación oficial del Exmo. señor Gobernador del Estado de Paraná, doctor Bento Munhoz da Rocha, se eligió el Estado de Paraná para sede del II Congreso de la Sección Brasileña, que se reunirá simultáneamente con el I Panamericano del Colegio Internacional de Cirujanos.

El Congreso se realizará en la ciudad de Curitiba, capital del Estado de Paraná, del 5 al 9 de octubre, durante los festejos del 1er. centenario de este Estado.

Todas las Secciones Americanas del Colegio Internacional de Cirujanos, tales como las de Estados Unidos de América, Canadá, México, Nicaragua, Costa Rica, Venezuela, Perú, Bolivia, Haití, Colombia, Honduras, Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay y la brasileña con todas sus regionales: Río de Janeiro, Bahía, Belo Horizonte, Recife, Brasil Central, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre; Vitoria, Ribeirão Preto, Londrina, Santos, Campinas, Alta Araraquarense, Juiz de Fora, Manaus, Maceló y Niterói.

La Comisión de Honor está constituida en la siguiente forma: Presidente, doctor Bento Munhoz da Rocha, Gobernador del Estado de Paraná y Patrono de la Regional de Curitiba; Miembros: Presidente de la Comisión de Festejos del 1er. Centenario del Estado de Paraná, Rector de la Universidad de Paraná, Director de la Facultad de Medicina, Secretario de Salud del Estado, Intendente de Curitiba, Presidente de la Asociación Médica de Paraná, Presidente del Colegio Internacional de Cirujanos y Secretario para América del Sur del Colegio Internacional de Cirujanos.

Los temas oficiales a tratar serán: Muerte por anestesia. Toracotomía-Indicación y contraindicaciones. Cirugía de las vías biliares.

Además de los temas oficiales, se admitirán temas libres sobre asuntos de interés quirúrgico, técnicas y tácticas quirúrgicas personales, experiencia personal sobre determinados procesos.



Informaciones sobre el Congreso: Secretaría de la Sección Brasileña del Colegio Internacional de Cirujanos. R. Cesario Motta, 112. Predio Conde de Lara. São Paulo-Brasil.

### PRIMER CONGRESO DE PSICOLOGIA

Tucumán, Argentina. Noviembre de 1953.

Con el auspicio de la Universidad Nacional de Tucumán, en el mes de noviembre del corriente año, se reunirá en la ciudad de Tucumán el Primer Congreso Argentino de Psicología.

La iniciativa de reunir en un Congreso a los especialistas argentinos y extranjeros sobre la materia, tuvo su origen en el propósito del Instituto de Ciencias de la Educación de realizar en el curso de este año unas Jornadas de Psicología. Una serie de consultas efectuadas posteriormente, determinó a las autoridades universitarias a convocar un congreso nacional, considerando, como se expresa en la resolución, "que es conveniente que la Universidad Nacional de Tucumán encare la posibilidad de realizar un Congreso de importancia en el cual demuestre su vitalidad científica a la vez que abra sus puertas a especialistas del país y del extranjero como mejor medio de cumplir con sus fines específicos".

Por la misma resolución se designa la Comisión Ejecutiva del Congreso, integrada de la siguiente manera: presidente, el rector de la Universidad, doctor Carlos Fermín Aguilar; vicepresidente, el decano de la Facultad de Filosofía y Letras, profesor Diego Pro; vocales: los profesores, doctor Benjamín Aybar, Ricardo Nassif, Oscar V. Oñativia, doctor Carlos Rodríguez Zelada, doctor Wenceslao Martín Beatriz N. P. de Nassif, doctor Miguel Herrera Figueroa, doctor Juan Dalma, doctor Constantino Gavrilov, doctor Sranimiro Males y Ricardo V. Moreno.

### VII CONGRESO INTERNACIONAL DE PEDIATRIA

Habana, Cuba. 12-17 de octubre de 1953

En este Congreso que se realizará en la Habana, del 12 al 17 de octubre del corriente año, y que anunciamos en el NOTICARIO Nº 82 (pág. 5), se cumplirá el siguiente programa:

12 de octubre. — Primera Sesión Plenaria: "La epilepsia en la infancia" Relatores oficiales: 1) Dr. J. Picaza y colaboradores, Cuba; 2) Prof. H. Alntroms, Suecia, y 3) Prof. Irvin McQuarie, Estados Unidos de América.

Correlatores oficiales: 1) Prof. W. Lennox, Boston; 2) Prof. W. Penfield, Montreal; 3) Prof. M. Perlstein, Chicago, y 4) Prof. F. Escardó, Argentina.

13 de octubre. — Segunda Sesión Plenaria: "Diagnóstico de las malformaciones congénitas del corazón y los grandes vasos susceptibles de tratamiento quirúrgico".

Relatores oficiales: 1) Prof. A. Castellanos, Cuba; 2) Prof. F. Lind, Suecia, y 3) Prof. I. Chávez, México.

Correlatores oficiales: 1) Prof. S. Gibson, Chicago; 2) Prof. I. Steinberg, New York; 3) Prof. H. Taussig, Baltimore, y 3) Prof. B. Cassul, Chicago.

14 de octubre. — Tercera Sesión Plenaria: "Los problemas del prematuro".

Relatores oficiales: 1) Prof. A. Ylppo, Finlandia; 2) Prof. Clement Smith, Boston, y 3) Dr. Emilio Soto Pradera, Cuba.

Correlatores oficiales: 1) Prof. H. Lelong, París; 2) Obes Po-lleri, Uruguay; 3) Prof. A. Moncrief, Londres, y 4) Prof. B. Vahlquist, Suecia.

15 de octubre. — Cuarta Sesión Plenaria: "La tuberculosis primaria y sus complicaciones".

Relatores oficiales: 1) Prof. A. Wallgren, Suecia; 2) Prof. E. Lincoln, Estados Unidos de América, y 3) Prof. T. Valledor, Cuba.

Correlatores oficiales: 1) R. Debré, París; 2) Prof. C. Cocchi, Italia; 3) Prof. S. Graham, Glasgow, y 4) Prof. A. Scroggie, Chile.

16 de octubre. — Quinta Sesión Plenaria: "Problemas del metabolismo y nutrición".

Relatores oficiales: 1) Prof. P. Gyorgy, Filadelfia; "El factor del crecimiento en la leche humana"; 2) Prof. Darrow, Estados Unidos de América; "Metabolismo del potasio", y 3) Prof. G. Fancioni, Zurich.

Correlatores oficiales: 1) Prof. Ramos, España; 2) Prof. F. Hurtado, Cuba; 3) Prof. F. Gómez, México; y 4) Prof. C. Krumdieck, Perú.

Gran Forum Pediátrico. — Esta es una sesión plenaria especial, cuya mesa presidencial estará constituida por 15 profesores y un Chairman Moderador, asistido de dos Secretarios. Estos profesores responderán todas las preguntas presentadas por escrito en el Departamento de Secretaría durante todos los días del Congreso. Todas las preguntas estarán relacionadas con los cinco temas tratados en las Sesiones Plenarias. El tiempo para esta sesión es de tres horas.

Sesión plenaria solemne de clausura. — Durante los días 13, 14 y 15 de octubre de 3 a 6 p.m., tendrán lugar tres sesiones de Mesa Redonda cada día. Estas son:

- 1) "B.C.G.". Moderador: Prof. A. Wallgren, Suecia; Secretario: Dr. A. Silva, Cuba.
- 2) "Avances recientes sobre fisiología renal". Moderador: Prof. H. Smith, U.S.A.; Secretario: Dr. E. Galán, Cuba.
- 3) "Bacteriología de las diarreas infantiles". Moderador: Prof. E. Adams, Alemania; Secretario: Prof. A. Aballí, Cuba.
- 4) "Antibióticos". Moderador: Prof. H. Poncher, Chicago; Secretario: Dr. R. Portilla, Cuba.
- 5) "Enfermedades por virus". Moderador: Prof. Stokes, Filadelfia; Secretario: Dr. J. Jordán, Cuba.
- 6) "Neoplasias". Moderador: Prof. Farber, Boston; Secretario: Dr. Fusté, Cuba.
- 7) "Problemas de hematología". Moderador: Prof. Diamond, Boston; Secretario: Dr. F. de Miranda, Cuba.
- 8) "Cirugía". Moderador: Prof. Lozoya, México; Secretario: Dr. A. Carbonell Salazar, Cuba.
- 9) "Endocrinología". Moderador: Dr. Argelio García López, Cuba.

Solamente habrá una sesión de temas libres, en la que se presentarán los temas recibidos por el Comité Organizador antes de junio 1º de 1953. El número de temas para esta sesión está limitado a 20.

Todos estos temas serán incluidos en el programa científico desenvuelto por expertos en la materia, de todo el mundo, incluyendo profesores muy conocidos.

---

## Libros y Revistas

**Dr. Carlos Enrique Paz Soldán. — SALUD Y LIBERTAD. Lima. Perú. 1953.**

La última obra de ese recordado amigo peruano, pensador, escritor y orador de muchos quilates, trajo para mí una triple emoción espiritual: la de saber en plena salud al eminente compañero de tantas jornadas dedicadas a la medicina social, la de comprobar la invariable línea de su pensamiento, y la de encontrar que la docencia de Paz Soldán, después de un largo peregrinaje entra en una zona de paz y de calma, más suave y más etérea, superando la marcha ostentosa por las laderas, buscando alcanzar con apostólico celo las cumbres altas de un ideal por mucho tiempo acariciado.

El libro contiene la reproducción de brillantísimas conferencias y crónicas, y también de "oraciones de un creyente" como dice el propio autor. Comienza la obra con la glorificación de Hipólito Unanue, prócer de la Salud y la Libertad en el Perú; siguiendo después de numerosos artículos que demostrarán que la "Salud", problema mundial, político, económico, ético, enraizado en la misma entraña social, debe armonizarse con la "Libertad", para ponerse ambas por encima de los egoísmos individuales y de los intereses creados, ya que "En este libro la salud, libertad del cuerpo y la libertad, salud del alma, se ofrecen como en un todo armonioso".

Varios centenares de páginas tiene el libro, y en todas ellas como en los anteriores del fecundo autor, se aprecia bien su amor y su fe en la higiene pública, su admiración por la obra extraordinaria de los hombres libertadores, y su esperanza en la confraternidad sincera de todos los pueblos de nuestro continente.

Gracias, gran amigo Paz Soldán, por el regalo magnífico de su libro, que tal vez supere en profundidad e idealismo a las producciones anteriores de este ilustre hombre de ciencia y humanista, que es honra del Perú y de la América, de la medicina y de las letras.

**Roberto Berro**

---

**EL SEGURO SOCIAL ESPAÑOL. —** Publicación del Ministerio de Trabajo. Madrid. 1952.

Es de gran interés el conocimiento de la evolución y la si-



tuación actual de los seguros sociales en España, de lo que se adquiere un claro concepto leyendo las páginas de este interesante folleto, muy ilustrativo y claro.

En España el Instituto Nacional de Previsión se crea por ley en 1908, once años después (1919) se establece el Seguro Obligatorio de Retiro Obrero, en 1929 el Seguro de Maternidad, y en 1932 el de Accidentes del Trabajo, posteriormente en 1938 se dicta el "Fuero del Trabajo", y en 1945 el "Fuero de los Españoles", quedando finalmente establecidos los siguientes Seguros Sociales obligatorios:

- a) Accidentes del Trabajo.
- b) Subsidios familiares.
- c) Seguro de Vejez e Invalidez.
- d) Seguros de Enfermedades Profesionales.
- e) Seguro de Enfermedad.
- f) Extensión de los Seguros Sociales a la Agricultura,

y complementada esta seguridad social por un conjunto de Seguros Voluntarios y medidas de previsión obligatorias, tales como Pensiones de Retiro, Mutualidades y Cajas Escolares, Seguro de amortización de préstamos, etc., etc.

El campo de aplicación de estas leyes abarca muy diferentes sectores, tales como la industria, el comercio, los trabajadores del agro, los del mar, y en general todos los riesgos de las enfermedades profesionales y trabajos insalubres.

Las prestaciones sanitarias son completas, cubriendo la enfermedad, la maternidad y los accidentes del trabajo, para lo cual posee España muy modernos establecimientos perfectamente equipados.

Las prestaciones económicas cubren también los riesgos de enfermedad, accidental o profesional, de maternidad, accidentes del trabajo, invalidez y vejez. Bien organizado está el "Subsidio familiar", similar a lo que en el Uruguay llamamos las "Asignaciones Familiares", con sus primas complementarias de Nupcialidad y Natalidad.

Los recursos de todo el sistema se obtienen por la fórmula de contribución tripartita: el Estado, los patronos y los trabajadores. Generalmente el Estado crea inicialmente las "fundaciones" con las cuales se atienden las primeras necesidades mientras no son suficientes las contribuciones patronales y obreras, que en el Seguro más extendido (Enfermedad, maternidad, vejez, invalidez y subsidios familiares) alcanzan a un 18 por ciento la cuota suministrada por el trabajo, 13 por ciento las empresas y 5 por ciento los trabajadores. Frecuentemente el Estado otorga exenciones, franquicias y bonificaciones que disminuyen los gastos o refuerzan los ingresos. Los riesgos de accidentes en el trabajo y las enferme-

dades profesionales son soportados por los patronos, estando en muchos casos organizados en forma mutual, que reparten equitativamente los costos, en función de los siniestros, entre todos los afiliados.

La organización se ha ido centralizando, y en la actualidad es el Instituto Nacional de Previsión, que se desenvuelve en la órbita del Ministerio de Trabajo, el que tiene a su cargo toda la tarea administrativa de la institución de los Seguros Sociales, para lo que cuenta con servicios nacionales y provinciales, para atender la enorme tarea de servir diariamente más de siete millones de pesetas en toda la nación. Durante el año 1951 el importe total de las prestaciones satisfechas por el Instituto Nacional de Previsión ascendió a 16.248.427.236, es decir casi 20 mil millones de pesetas, habiéndose además invertido en obras de carácter social alrededor de mil quinientos millones de pesetas.

Como se ve la obra realizada por España honra a este viejo gran pueblo que en medio de sus luchas y preocupaciones ha sabido ponerse a tono con las ideas y las técnicas más modernas en el campo de la Seguridad Social.

Roberto Berro

#### Unesco. — ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO. París. 1952.

Esta publicación de 472 páginas es el quinto volumen editado por UNESCO, constituyendo un "Repertorio Internacional de becas e intercambios" que contiene más de dos mil referencias a becas concedidas por instituciones privadas, universidades, fundaciones, etc., o gobiernos de 64 países.

Además de hacer un estudio general del valor de la concesión de becas consideradas desde varios puntos de vista, hace referencia a las organizaciones nacionales y a las no gubernamentales que conceden becas, sea para hacer estudios en seminarios, cursillos, para seguir cursos completos en ciertas instituciones, o para ampliación, etc.

Al referirse a las becas concedidas por cada institución se detallan las condiciones que deben llenar los aspirantes, plan de estudios, valor de la beca, duración, número de becas en cada lugar, etc.

Estudios en el extranjero ofrece una información de gran valor para estudiantes, profesores e instituciones que se interesan por obtener los beneficios que, cada día en mayor grado, ofrecen las becas, así como el intercambio de estudiantes y profesores. También es de gran utilidad para organismos o personas que desean costear becas, dándoles información que les permita instituir becas en condiciones que prometan un mejor aprovechamiento de los recursos destinados a ese fin.

Emilio Fournié

Dr. Agustín Cueva Tamariz. — ABISMOS HUMANOS. Cuenca (Ecuador). 1952.

Este volumen de 326 páginas, obra del distinguido médico Agustín Cueva Tamariz, catedrático de la Universidad de Cuenca, libro para especialistas, puede ser útil "para el médico, el psicólogo, el literato o el simple curioso del alma ajena".

Aun cuando no puedo encasillarme en ninguno de esos grupos, hago referencia a dicha obra que he leído con interés, para corresponder a la atención del autor, quien me la envía con una amable dedicatoria.

Me guardaré bien de formar juicio sobre el trabajo del doctor Cueva Tamariz quien demuestra su capacidad de crítica y su erudición en una disciplina que viene cultivando desde hace mucho tiempo, a juzgar por sus publicaciones anteriores sobre Biología, Eugenesia, Biotipología, Medicina Legal, Psiquiatría.

En un primer capítulo trata sobre "Psicoanálisis y Literatura", con referencia a muchas obras donde los autores realizan verdadera labor de psicoanálisis, con respecto a las modalidades y características de personas reales o ficticias.

Los capítulos siguientes se refieren a "La obra cervantina en la psicopatología" (La enseñanza de Cervantes, La locura del Quijote, Psicopatología de los celos, Tipología del Quijote y de Sancho); *El sentido psicológico del Werther de Goethe* (El mal de Werther, Psicoanálisis del suicidio Wertheriano. Aspectos freudianos en el suicidio de Werther. La sugestión suicida y la epidemia del Wertherismo); "La Psicopatología de Nietzsche" (El prodigioso anormal. Constitución paranoide. Neurastenia preparalítica. Contenido patológico de la obra de Nietzsche. La demencia paralítica); "Psicología de Oscar Wilde", "Boceto psicológico de don Simón Rodríguez"; "Nuevas proyecciones de la Psiquiatría".

El enunciado de esos temas tratados por un especialista en la materia es suficiente para dar idea del contenido del libro, interesante por el fondo y por la forma, que reclama del lector un amplio conocimiento de autores y obras, a la vez que ofrece abundante "lectura penetrable".

Digo antes que he leído con interés la obra, pero en particular mi atención se detuvo en el capítulo que se refiere al estudio psicológico de don Simón Rodríguez, maestro del Libertador Bolívar. La lectura de este capítulo me recuerda que el 5 de julio de 1930, uno de los primeros actos del VI Congreso Panamericano del Niño, fué conmemorar el aniversario de la independencia de Venezuela y rendir homenaje al maestro Simón Rodríguez, cuya tumba está en el Panteón de los Héroes, en Lima; en esa oportunidad, aceptando el honroso cometido de la Comisión Directiva del Congreso —al cual asistí como Delegado del Uruguay— recordé al

extraordinario maestro del Libertador, sobre quien tuvo tan decisiva influencia.

En lo escrito por el doctor Cueva Tamariz, estudiando al maestro Rodríguez desde el punto de vista psicológico, encuentro un precioso complemento de las biografías que conocía, en particular la muy completa de Fabio Lozano y Lozano. No hay duda que "el hombre genial" don Simón Rodríguez se prestaba como pocos para ser estudiado en su vida y su obra por un psicólogo como el doctor Cueva Tamariz a quien debo agradecer la oportunidad de conocer otros aspectos de aquel maestro excepcional.

En conjunto, "Abismos Humanos" es una obra cuya lectura debe recomendarse a quienes se interesan por cuestiones relacionadas con la Psicología, en todos sus aspectos.

Emilio Fournié

---



## Informaciones

**DR. ROMUALDO B. ZEPEDA.** Su fallecimiento. La noticia del fallecimiento del Doctor Romualdo B. Zepeda, que desde el año 1944 desempeñaba el cargo de Delegado Técnico de Honduras ante nuestro INSTITUTO ha dejado un hondo pesar, por cuando adornaban al doctor Zepeda cualidades salientes que lo hacían estimar de todos los que lo conocían.

El doctor Romualdo B. Zepeda, nació en la ciudad de Tegucigalpa, República de Honduras el día 15 de enero de 1879.

Se graduó de Bachiller en Ciencias y Letras en el año de 1897 y en ese mismo año se dedicó a la enseñanza, sirviendo las asignaturas de Cosmografía en el Colegio "El Espíritu del Siglo" y desempeñó la misma asignatura y las de Geometría y Trigonometría en el Instituto Nacional y en el Colegio "El Porvenir".

Continuó sus estudios profesionales en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional hasta obtener el título de Doctor en Medicina y Cirugía en el año 1909, habiendo desarrollado un trabajo de tesis sobre "El Tratamiento de las Adenitis Cervicales por el Método del Dr. Calot".

En la Escuela de Medicina de la Universidad de Honduras desempeñó las Cátedras de Histología, Física Médica, Patología General, Bacteriología, Obstetricia y Medicina Legal y luego se dedicó a la enseñanza de Patología Externa e Higiene.

Desempeñó en dos ocasiones el cargo de Decano de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, habiendo fundado durante su Decanato la Escuela Nacional de Enfermeras.

Durante sus estudios profesionales fué Interno del Hospital General durante la mayor parte de su carrera y ya de profesional desempeñó por más de doce años el puesto de Médico Interno y también el de Director General de dicha Institución.

Desempeñó también los cargos de Médico Militar y de Director General de Sanidad Militar.

Comenzó a trabajar en la Dirección General de Sanidad Pública desde su organización en Honduras, habiendo desempeñado los cargos de Secretario, Jefe de la Gota de Leche, Jefe del Departamento de Higiene Materna e Infantil e interinamente, en varias ocasiones el de Director General de Sanidad Pública. Fué también Director del Boletín Sanitario, órgano de la Dirección General de Sanidad Pública.

Fué autor de muchos trabajos científicos relacionados con los distintos problemas sanitarios de Honduras y representó al país, como Delegado Oficial al Quinto Congreso Médico Latinoamericano.

no en La Habana, Cuba, en el año 1922. Fué Jefe de la Delegación de Honduras al IV Congreso Médico reunido en Guatemala en 1936 y al V Congreso Médico reunido en San Salvador en 1938. Representó a la Sanidad de Honduras en la Conferencia de Directores de Sanidad reunida en Washington en 1944 y a la Reunión del Consejo Ejecutivo de la Oficina Sanitaria Panamericana celebrada en La Habana en 1946.

En su profesión, se especializó en Pediatría, habiendo sido miembro de varias Instituciones Científicas de las Américas y de Europa.

---

**FUNDACION INTERAMERICANA PARA ESTUDIOS MEDICOS DE POSTGRADUADOS.** Chicago, Illinois. Con el nombre de Interamerican Foundation for Postgraduate Medical Education se constituyó, en los Estados Unidos de Norte América, una organización privada sin propósitos de lucro, que tendrá sus fines fundamentales en el intercambio entre América Latina y los Estados Unidos de América, de docentes, investigadores, y egresados en el campo de la medicina y ciencias afines. Prestan su colaboración las más importantes sociedades médicas del país y el apoyo económico de compañías interesadas en las relaciones amistosas del hemisferio, permitió la organización inicial y la incorporación legal de esta nueva Fundación.

Varias firmas industriales y comerciales norteamericanas sostenían independientemente, un programa de becas médicas para latinoamericanos que desearan ampliar sus conocimientos en los Estados Unidos de América. La nueva Fundación tiene el propósito de coordinar y ampliar estas oportunidades actuando como organismo central y complementando la labor eficaz realizada hasta la fecha, por otras instituciones privadas y oficiales interesadas en los programas de intercambio científico.

Comités locales representarán en cada país al Directorio de la Fundación Interamericana, en colaboración eficaz con las escuelas y sociedades médicas, así como con los centros hospitalarios o de investigación. Ello permitirá una calificada selección de aquellos candidatos a becas que desean ampliar sus conocimientos y que reúnan condiciones necesarias. Fué nombrado Director Ejecutivo de esta Fundación Médica el Dr. Alberto Chattás de Córdoba, Argentina, y la sede actual de la misma es 112 East Chestnut Street, Chicago 11, Illinois, U.S.A.

---

**SEMINARIO INTERNACIONAL CONTRA EL ALCOHOLISMO.**

Buenos Aires. En el salón de actos de la Facultad de Ciencias Médicas se efectuó la sesión inaugural del Seminario Internacional de Alcoholismo, organizado por el Ministerio de Salud Pública de la Nación, de la Argentina y la Oficina Sanitaria Panamericana.

La ceremonia fué presidida por el titular de ese departamento de Estado, doctor Ramón Carrillo, y fué prestigiada con la presencia del director de la VI zona de la Oficina Sanitaria Panamericana, doctor Emilio Budnik, de los profesores E. M. Jellinik, Erik Jacobsen y Giorgio Lolli, del director del Servicio Nacional de Alcoholismo, doctor Roberto Pochat; de becarios de Chile, Paraguay, Brasil y Uruguay, de funcionarios y catedráticos de los representantes de la Argentina.

El Seminario trata, entre otros, los siguientes temas: costumbres de beber y la cultura; formas sociales de beber; desviaciones en los modos de beber; comparaciones en el plano internacional; prevención indirecta derivada del bienestar social; legislación intervencionista; asistencia pública de los alcohólicos y discusión sobre investigaciones sociales, a cargo del profesor E. M. Jellinik; efectos farmacológicos sobre el sistema nervioso central; problemas de la tolerancia y el hábito, efectos posteriores a la embriaguez; síntomas somáticos del alcoholismo crónico; tratamiento del alcoholismo por disulfiram; la terapia combinada; investigaciones fisiológicas sobre el alcoholismo y discusiones sobre investigaciones bioquímicas, por el doctor Erik Jacobsen; teorías etiológicas sobre el alcoholismo y la mujer alcohólica; alcoholismo con complicaciones psicológicas; terapia médica del alcoholismo; psicoterapia; decadencia del alcohólico; psicosis alcohólica y discusión sobre investigaciones psicológicas, por el doctor Gregorio Lolli.

Se informó también que, además de los tres relatores oficiales, pronunciarán conferencias delegados de los países participantes del continente.

---

**EL DR. VICTOR ESCARDO Y ANAYA RECIBE UNA CONDECORACION DE ECUADOR.** — Coincidiendo con la sesión de clausura del segundo curso del Seminario sobre Protección a la Infancia, el 4 de Junio de 1953, el Sr. Embajador de Ecuador, Dr. Clóvdeo Alcívar Zeballos, entregó al Dr. Víctor Escardó y Anaya la condecoración "Al Mérito" en el grado de Comendador, discernida por el Gobierno del Dr. Galo Plaza, por el hecho de haber sido durante veinticinco años delegado de aquel país en el Consejo Directivo de nuestro INSTITUTO. Con ese motivo pronunciaron emocionadas palabras de los Dres. Alcívar Zeballos y Escardó y Anaya.

---

**BECAS PARA TRABAJO DE GRUPO PARA LATINOAMERICANOS.** Estados Unidos de América. La Señora de James P. Houstoun, fué uno de los miembros de la delegación de los Estados Unidos de América al IX Congreso Panamericano del Niño, que tuvo lugar en Caracas en 1948, es integrante del Consejo de la National Federation of Settlements. En Caracas, la señora Houstoun se mostró profundamente interesada en los problemas del servicio social en América latina y en que muchos trabajadores sociales latinoamericanos pudieran obtener preparación profesional en el campo del trabajo social de grupo, en los Estados Unidos de América.

Cuando regresó a su país, de acuerdo con el Children's Bureau, y los representantes de la National Federation of Settlements y la Texas Federation of Settlements, la señora Houstoun organizó un comité para obtener fondos para establecer algunas becas para trabajo de grupo, en Texas, donde estudiantes latinoamericanos tendrían la oportunidad de trabajar con grupos latinoamericanos en condiciones más semejantes a las de sus propios países que en ciudades tales como: Boston, Nueva York, Wáshington, etc. Este programa ha estado llevándose a cabo hace alrededor de tres años y estudiantes de Brasil, Colombia, Ecuador, Perú han recibido becas.

A continuación publicamos la información referente a la obtención de las mencionadas becas.

El Texas Committee on Pan-American Group Work Fellowships, en cooperación con el International Committee of the National Federation of Settlements, la Worden School of Social Service, Our Lady of the Lake College y el Institute of Inter-American Affairs, que suministra programas de cooperación técnica en América latina, ha concertado varias becas para trabajar y estudiar Trabajo de Grupo, ofreciendo un año de estudio, observación y participación en los programas de trabajo de grupo en los Estados Unidos de América.

El Comité está integrado por destacadas personalidades en el campo del trabajo social de grupo y de la educación en el servicio social en Texas, quienes están interesados en el desarrollo del trabajo de grupo en los países latinoamericanos.

Los fondos se pondrán a disposición de los interesados a través de personas, instituciones particulares y otras contribuciones a pagar, en parte, viaje de ida y vuelta a los Estados Unidos de América, manutención, pago por la enseñanza y los viajes durante el período de la beca, en la forma que se arregle con el Instituto de Asuntos Interamericanos, en cada caso individual.

El Comité, al invitar estudiantes latinoamericanos, tanto varones como mujeres, ha establecido los siguientes requisitos como mínimo: el aspirante debe ser una persona que: haya tenido ex-



perencia en trabajo social; que tenga una posición de responsabilidad en la comunidad; que tenga suficientes conocimientos de inglés para realizar su trabajo; que tenga buena salud física y mental; debe estar patrocinado por una institución o grupo responsable en su país natal; debe ser aprobado por su Gobierno y por el Instituto de Asuntos Interamericanos; que tenga conocimiento de su propia cultura; que esté interesado en el trabajo social de grupo en "settlement", en otra institución de trabajo de grupo o en programas de ayuda personal para la comunidad; se desea que al finalizar la preparación se regrese a su país natal para ocupar una posición de responsabilidad en la organización de la comunidad, en el trabajo social de grupo o en un campo afín donde su experiencia será útil.

En los países de la América latina que tengan Escuelas de Servicio Social, se les dará preferencia a las personas que se hayan graduado en ellas. También se le dará preferencia a las personas que en realidad trabajen en "settlements" en los países en que dichas instituciones existen. Las solicitudes de los países en que no existan Escuelas de Servicio Social ni "Settlements" serán juzgadas por sus méritos y sobre la base de la necesidad del país de estos servicios en el campo del bienestar social.

El programa para los becarios comienza el 15 de agosto de cada año. Después de un período de orientación, asisten a la Worden School of Social Service, Our Lady of the Lake College, San Antonio, Texas, durante un semestre para realizar estudios académicos. Durante este semestre, el curriculum regular que ha sido establecido de acuerdo con las recomendaciones que ofrece la American Association of Schools of Social Work, comprende cursos de filosofía del trabajo social, servicio social de grupo, trabajo en casos sociales, bienestar infantil, bienestar público, conocimientos médicos, conocimientos psiquiátricos, organización, administración e investigación de la comunidad.

Al finalizar este período de estudio los becarios serán destinados a cuidadosamente seleccionadas y calificadas instituciones de trabajo de grupo donde trabajarán bajo la supervisión de la institución y de la Worden School of Social Service. Aquí permanecerán dieciocho semanas, durante las cuales los becarios tendrán la oportunidad de trabajar con grupos ya organizados y de organizar otros.

Luego, los becarios regresarán a la Worden School of Social Service para estudiar durante un período adicional de seis semanas. Durante el último mes, se harán arreglos para que los becarios puedan observar programas de otras instituciones en las que pudieran tener interés.

Para formularios de solicitudes e informaciones, las personas

interesadas deben ponerse en contacto con las autoridades del Institute of Inter-American Affairs por medio de la Embajada o Consulado Americano que tenga más próximo.

El Comité de Becas para Trabajo de Grupo Panamericano está integrado en la siguiente forma: Franklin I. Harbach, Sra. de James P. Houston, George Miles, Christine Muhlbach, Alonso S. Perales, D. George I. Sánchez, Sra. W. B. Sharp, Sra. L. A. Stevenson, Herbert Wilson.

---





## Canje - Echange - Exchange

Solicitamos en canje el envío de libros, folletos, revistas, estadísticas, etc., etc.; en particular aquellos que contengan leyes, decretos, estatutos, o que traten los problemas del niño en sus aspectos de higiene, asistencia, médico, social, de enseñanza, etc.

Nous prions de nous envoyer en échange des livres, brochures, revues, statistiques, etc., en particulier ceux contenant des lois, décrets, statuts, ou s'occupant des problèmes de l'enfant sous ses aspects hygiéniques, d'assistance, médicaux, sociaux, d'enseignement, etc.

In exchange we request the remittance of books, pamphlets, magazines, etc., particularly those containing statistics, laws, constitutions and regulations treating the child problem from its different aspects of hygiene, protection, education, medical, social, etc.



# BOLETIN

DEL

## Instituto Internacional Americano

DE

### Protección a la Infancia

PUBLICACION TRIMESTRAL  
Avda. 18 de Julio N.º 1648 — Montevideo (Uruguay)

#### PRECIO DE SUSCRIPCION

<i>En el Uruguay</i>		
Valor del tomo (4 números)	\$	3.00
» » número suelto	»	0.75
<i>En los demás países</i>		
Valor del tomo (4 números)	dólares	2.00
» » número suelto	»	0.50

#### PRIX D'ABONNEMENT

<i>A l'Uruguay</i>		
Prix du volume (4 numéros)	\$	3.00
» d'un numéro	»	0.75
<i>Dans les autres pays</i>		
Prix du volume (4 numéros)	dollars	2.00
» d'un numéro	»	0.50

#### SUBSCRIPTION PRICES

<i>In Uruguay</i>		
One volume (four numbers)	\$	3.00
Single number	»	0.75
<i>In other countries</i>		
One volume (four numbers)	dollars	2.00
Single number	»	0.50

#### AGENTES AMERICANOS

PALACIO DEL LIBRO. Buenos Aires, Calle Maipú, 49.  
 LIVRARIA ODEON. Río de Janeiro, Avenida Río Branco, 157.  
 CENTRAL DE PUBLICACIONES. Santiago, Chile, Catedral 1417.  
 GOUBAUD y Cía. Ltda. (Sucesor), Guatemala C. A.  
 LIBRERIA Y PAPELERIA INTERNACIONAL. Asunción, calle Palma 78.  
 LIBRERIA PERUANA. Lima, Filipinas, 546.  
 EDITORIAL GONZALEZ PORTO. Caracas, Santa Capilla a Mijares, Edificio San Mauricio.